



Departamento de Antropología Social

PARIR EN CASA

Un estudio antropológico de la atención domiciliaria al parto en el contexto andaluz

Doctoranda

Serena Triuzzi

Directores

Isidoro Moreno Navarro

Carmen Mozo González

2017

Índice de contenido

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Introducción..... | 4 |
| Estructuración del texto..... | 11 |
| Algunas puntualizaciones..... | 16 |
| *** Agradecimientos ***..... | 17 |
| PARTE I..... | 20 |
| I. Perspectivas, enfoques y métodos..... | 21 |
| 1. Las lentes..... | 22 |
| 1.1. Entre igualdad y diferencia, naturaleza y cultura, ideal y material..... | 27 |
| 1.2. Biomedicina: poderes moleculares y aparatos de gestión..... | 39 |
| 1.3. Cuerpos pensantes o la culpa no es de Descartes..... | 48 |
| 1.3.1. Ejemplos etnográficos y propuestas teóricas..... | 51 |
| 2. Rastreado las huellas del parto y del nacimiento en antropología..... | 61 |
| 3. Aspectos contextuales y metodológicos..... | 72 |
| 3.1. Definiendo el espacio de interlocución..... | 79 |
| II La figura de la comadrona/matrona/partera: entre el domicilio y la institución..... | 94 |
| 1. El último bastión de las sanadoras..... | 96 |
| 1.1. La retórica de la ignorancia..... | 100 |
| 1.2. La morbi-mortalidad infantil como excusa para la reglamentación..... | 104 |
| 1.3. La educación de las matronas en la Europa Moderna. ¿Libertad o subordinación?..... | 108 |
| 2. La incorporación de las matronas al sistema nacional de salud..... | 112 |
| 2.1. Las reformas en el sistema educativo y la creación del título de matrona..... | 113 |
| 2.1.1. ¿Intrusismo o proyecciones póstumas?..... | 115 |
| 2.2. La matrona de hospital o la subordinación legalizada..... | 119 |
| 2.3. La rocambolesca historia de la autonomía (legal) de las matronas..... | 122 |
| 3. El renacimiento del parto en casa..... | 125 |
| 3.1. Las bases..... | 127 |
| 3.2. El proceso de construcción de nuevos modos de asistencia..... | 134 |
| 3.2.1. Narrativas compartidas..... | 142 |
| 3.2.2. Esfuerzos frustrados: recopilación de datos estadísticos y formulación de protocolos de actuación..... | 148 |
| 3.3. Referentes europeos: Dick-Read/Lamaze y Leboyer/Odent..... | 153 |
| 3.4. Consuelo Ruiz: ¿un enlace?..... | 162 |
| III. La atención obstétrica en Andalucía como campo conflictivo..... | 171 |
| 1. Diferencias en la atención: aspectos determinantes y problemas percibidos..... | 172 |
| 1.1. La Atención Primaria: funciones y límites..... | 176 |
| 1.2. Variabilidad entre hospitales y turismo partoril..... | 181 |
| 1.3. Depende de quién..... | 185 |
| 1.4. Violencia interprofesional..... | 189 |
| 1.4.1. El caso de Jana..... | 192 |
| 1.5. Violencia obstétrica..... | 195 |
| 2. Interacciones entre tendencias emergentes en la atención obstétrica institucional y parto en casa..... | 200 |
| 2.1. El paradigma humanista..... | 203 |
| 2.2. La ambigüedad de los nexos con el feminismo y con el parto en casa..... | 206 |
| 2.3. El Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía..... | 214 |
| 2.4. Los planes de parto: entre reivindicación y manipulación..... | 219 |
| 3. El “parto normal” y sus legítimas asistentes/acompañantes..... | 223 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1. Las doulas: nuevas figuras, nuevos conflictos..... | 227 |
| PARTE II..... | 233 |
| IV. La atención domiciliaria al parto en Andalucía: motivos de marginalización, características programáticas y diferencias internas..... | 234 |
| 1. Los números del parto en casa..... | 239 |
| 2. La parálisis argumental en los discursos expertos..... | 243 |
| 2.1. Sólo “bajos riesgos”..... | 252 |
| 2.2. El parto en casa en las opiniones: entre locura y valentía..... | 253 |
| 2.3. Los costes ignorados de la asistencia en casa..... | 256 |
| 3. Características estructurales y programáticas de la asistencia..... | 261 |
| 3.1. Continuidad y personalización de la asistencia..... | 267 |
| 3.2. Herramientas para el parto: multiplicidad, variabilidad y no dependencia..... | 269 |
| 3.3. Saber estar..... | 274 |
| 3.4. Autonomía y versatilidad..... | 276 |
| 3.5. Confiar u otra seguridad..... | 278 |
| 3.6. Más allá (o más acá) de un empleo..... | 280 |
| 3.7. En la piel de quien nace..... | 285 |
| 3.8. Razón intuitiva..... | 287 |
| 4. Diferencias internas..... | 294 |
| 4.1. No profundizar vs profundizar..... | 296 |
| 4.2. Continuidades y rupturas con la visión biomédica..... | 301 |
| 4.3. Formación biomédica, recorridos pluriformativos y rol de aprendiz..... | 303 |
| 4.4. Relación con el ámbito hospitalario: entre conciliación y “esquizofrenia”..... | 306 |
| 4.5. Lenguajes..... | 308 |
| 4.6. Doulas/parteras y partos sin acompañamiento profesional: opiniones y haceres..... | 312 |
| 4.7. La noción de salud: entre ausencia e inclusión de otras dimensiones..... | 314 |
| 4.8. El papel de la evidencia científica en la defensa del parto en casa..... | 319 |
| V. La preparación al parto como proceso deconstructivo y mayéutico..... | 322 |
| 1. Características generales de la preparación..... | 325 |
| 2. Cuestionando el paradigma biomédico..... | 332 |
| 2.1. (Des)control del embarazo..... | 332 |
| 2.2. Protocolo del recién nacido..... | 343 |
| 2.3. Vacunas..... | 346 |
| 3. Del epp a la vida entera..... | 355 |
| 3.1. El embarazo..... | 355 |
| 3.2. El parto..... | 360 |
| 3.3. El posparto..... | 361 |
| 4. Resignificaciones..... | 365 |
| 4.1. Factores de salud-enfermedad..... | 366 |
| 4.2. Alimentación en el embarazo..... | 369 |
| 4.3. Atribución ampliada de normalidad..... | 371 |
| 4.4. Complicaciones y muerte..... | 375 |
| 5. Herramientas para un hacer autónomo..... | 380 |
| 6. Autodiagnósticos, respuestas complejas y soluciones colectivas..... | 385 |
| 7. El potencial transformador de los cursos de preparación..... | 391 |
| VI. Logros, límites y contradicciones de la asistencia..... | 393 |
| 1. Vivir el parto en casa. Experiencias significativas y ambivalentes..... | 394 |
| 2. La sombra del hospital..... | 399 |
| 3. Dificultades comunes en el posparto y posibles derivas conservadoras..... | 403 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.1. Redes..... | 408 |
| 4. Embarazarse sin parir..... | 411 |
| 4.1. El aborto de Bárbara..... | 412 |
| 5. Críticas a la asistencia recibida..... | 415 |
| 5.1. Interpretaciones divergentes o ¿cuándo inicia un parto?..... | 416 |
| 5.2. Otros motivos de descontento..... | 419 |
| Conclusiones y cuestiones abiertas..... | 426 |
| Anexos..... | 449 |
| Referencias bibliográficas..... | 454 |

Introducción

Este texto bien podría ser otro, en el sentido de que se podría analizar el mismo tema de otras maneras. Lo que se presenta es solamente una de las posibilidades, en todo caso una elección y una interpretación, de la que asumo toda la responsabilidad.

A pesar de haber tenido en cuenta ampliamente el “punto de vista nativo”, en un diálogo constante con matronas, madres y padres, el resultado final depende de un conjunto de factores. Entre ellos, es posible señalar la selección de argumentos a tratar, las motivaciones de la investigación, mi propia manera de colocarme en el mundo y en el campo, las lecturas previas, mi pasado académico-formativo, laboral y activista, algunas preguntas e hipótesis que han guiado todo el proceso, o la elevada implicación emocional al compartir “historias íntimas”. Algunas de estas cuestiones se expondrán más detenidamente a continuación.

En primer lugar, las *motivaciones* desencadenantes tienen que ver con una inquietud personal y feminista. La constatación de mi profundo desconocimiento de procesos corporales potenciales en las vidas de las mujeres, el estupor frente a una entidad hasta entonces ignorada como es la placenta, el descubrimiento de la existencia de otras realidades más allá del hospital, se remontan a otro proyecto y momento vital. El origen deseante de mi interés por la procreación aparece cuando, como joven mujer europea “emancipada”, estudiante becada en un intercambio internacional, me interesé por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas de los Altos de Chiapas. Esta experiencia, mi primera “aproximación al campo”, me permitió también desmontar muchas asunciones de las que, con algo de presunción, me creía libre. Entre ellas, la convicción de conocer mi anatomía, mi sexualidad, y la fisiología de los procesos reproductivos que, evidentemente, se limitaban a cómo *no reproducirse*, más que a la posibilidad fisiológica y experiencial del embarazo, parto y posparto.

A las motivaciones de carácter más personal, se añade la detección de un vacío científico y la convicción de la relevancia social de los temas propuestos. Por un lado, se trataría de remediar, si bien parcialmente, el escaso interés de la investigación académica en el Estado español por estos temas -si se exceptúan algunos estudios historiográficos y algunos trabajos de antropología médica de la Universitat Rovira i Virgili- que choca con el enorme interés etnográfico suscitado por la partería en otros países. Por otro lado, aplicar una perspectiva feminista y crítica resulta

especialmente pertinente, ya que la maternidad representa un nudo problemático en la historia del pensamiento feminista, y las tendencias más recientes en antropología parecen más bien dirigidas a otras cuestiones. En particular, se dedica un espacio creciente a las sexualidades, al cuestionamiento de las identidades de género, a las Nuevas Tecnologías Reproductivas (NTR) y su influencia en definir las relaciones entre el cuerpo sexuado, el género y la sexualidad. El parto, sobre todo el parto fuera de su tratamiento hipertecnologizado, parece haber desaparecido de los intereses antropológicos y feministas. Aquí se defiende, en cambio, su absoluta vigencia, y la importancia de seguir sometiendo a escrutinio algo que, a pesar de concernir a todo el mundo, marcando el inicio de la vida de cada uno, parece haber salido definitivamente de la cotidianidad, en una época y en un contexto en los que tasas de natalidad han disminuido enormemente.

La universalidad de nacer no implica, en todo caso, unas mismas modalidades de dar a luz. El análisis de cómo se pare puede limitarse a los aspectos descriptivos, o bien relacionarse con cuestiones de más amplio calado. Es esta última la opción que se ha seguido, precisamente a partir de las perspectivas feministas en antropología médica, cuyas contribuciones se analizan en el primer capítulo. El feminismo, sin embargo, ha pasado de emplearse como lente teórico-metodológica a generar numerosos interrogantes y necesarias reflexiones a lo largo de los capítulos, motivadas por las relaciones ambiguas que lo vinculan con el parto en casa, y que son en parte el reflejo de debates internos al propio feminismo.

Las *preguntas* de las que parte este proyecto conciernen precisamente a las dimensiones políticas del parto en casa. ¿Cómo y hasta qué punto representa una crítica profunda hacia el modelo hospitalario? ¿Esta crítica lleva a o deriva de otros cuestionamientos vitales?

A partir de éstas se generan las siguientes *hipótesis*, que retomamos del proyecto inicial:

- Este modelo no se opone de manera dicotómica a las tecnologías biomédicas, sino que considera su uso adecuado o inadecuado, según situaciones y momentos.
- Tanto madres como comadronas, en la recuperación y defensa de conocimientos “tradicionales”, desarrollan prácticas sociales que, al mismo tiempo, suponen su reelaboración creativa y la reapropiación selectiva de elementos provenientes de otros sistemas culturales y médicos.
- Las reivindicaciones de las comadronas, a pesar de hacer referencia a un momento preciso de la vida, el nacimiento, son expresión de otra manera de vivir y de ser, constituyendo una crítica a las

modalidades hegemónicas y, simultáneamente, una propuesta transformadora para nuevos modos de pensamiento y de acción.

Los *objetivos* de la investigación, por tanto, han sido los siguientes:

1. Delinear las principales características de la asistencia domiciliaria al parto.
2. Situarla en un contexto histórico-institucional específico, tratando de trazar el recorrido de la figura de la matrona en el Estado español, a partir de la afirmación de la Obstetricia como rama biomédica.
3. Explorar los antecedentes del modelo actual de atención en casa en Andalucía, indagando sus orígenes y peculiaridades.
4. Identificar el marco normativo en el que se desarrolla la asistencia al embarazo, parto y posparto en el territorio de estudio, y qué tipo de relaciones es posible identificar entre la promoción de determinados enfoques en la atención pública, las modalidades de la asistencia domiciliaria y las demandas de grupos de usuarias.
5. Visibilizar los debates y polémicas que se van planteando alrededor de la asistencia al embarazo, parto y posparto.
6. Mostrar cómo se representa habitualmente el parto en casa en nuestro contexto societario.

Cabe señalar, finalmente, mi *posición* como investigadora, y algunas de las *dificultades* encontradas.

La cercanía y lejanía respecto a los sujetos de estudio se debe, respectivamente, a mi perfil de mujer europea, con formación universitaria y edad muy parecida a la de las madres entrevistadas, por un lado, y al no tener hijos/as ni ser una profesional sanitaria, por otro. Tal vez esto último explica las dificultades encontradas en el trabajo de campo para explicar mi interés, personal y científico, a pesar de no ser ni madre ni matrona. Así, si es efectivamente bastante difícil toparse con mujeres que no sean madres en todos los circuitos frecuentados para esta tesis, por otra parte la presencia de profesionales sanitarios en las reuniones de grupos de madres o de una matrona aprendiz en los grupos de preparación prenatal al parto en casa se entiende con más facilidad que la de una antropóloga. En estos espacios, el interés personal se conecta ineluctablemente con la propia experiencia de maternidad, mientras que el profesional se interpreta como apoyo especializado voluntario a las madres, o como parte de un itinerario formativo complementario al oficial y desarrollado de manera electiva por algunas matronas. La antropología, además, sigue arrastrando una imagen de exotismo que sólo cuestionan las que han tenido alguna relación previa con esta disciplina, por motivos de estudio o de trabajo.

Que una antropóloga se interese por unos modos particulares de asistencia, por tanto, si por un lado sigue apareciendo insólito, a pesar de la gran proliferación de estudios en el ámbito biomédico, por otro, corre el riesgo de confirmar la asociación entre parto en casa y lo “primitivo” o “ancestral”. Si a esto se añade que el conocimiento de algunos clásicos de la antropología, como por ejemplo Margaret Mead para el caso que nos atañe, no se relaciona con un momento concreto del desarrollo de este ámbito disciplinario, aún ligado a una perspectiva primitivista y evolucionista, sino con la antropología *per se*, las posibilidades de equívoco se multiplican de manera exponencial en el campo¹.

Otros obstáculos, como la dificultad de calendarizar las entrevistas, especialmente con las matronas y con los padres (*cf.* cap. 1), la presencia constante y las interrupciones frecuentes de bebés y niños/as más grandes, los casos de partos que han coincidido con algunas citas, han representado parte consustancial del trabajo. Consustancial porque están ligados a algunas de las características básicas que se irán desgranando a lo largo del texto, como son los tiempos no previamente establecidos de la asistencia en casa, el reparto de tareas entre padres y madres, los requerimientos de atención y, a veces también, de las contribuciones a la conversación de personas menores de edad. A ello se añade la inevitable participación emotiva, al ser oyente privilegiada de historias intensas, íntimas y muy importantes para quienes las contaban. Si esto ha podido derivar en más de un caso hacia otros lugares, a llantos o desahogos, ha contribuido también, de manera fundamental, a una comprensión profunda de lo vivido.

En cuanto al propio *proceso de investigación*, puede resultar de cierto interés hacer mención de algunas cuestiones que lo han ciertamente condicionado. Este texto es fruto de un trabajo de varios años, cuyas ideas iniciales se remontan al 2010, y que ha sufrido varias reformulaciones, y repetidos abandonos, debidos por un lado a la escasa disponibilidad de tiempo y a la falta de financiación del proyecto, dos cuestiones claramente entrelazadas, y por otro al desesperante agujero burocrático en el que me vi atrapada desde el principio. Matricularme en un programa en vía de extinción se reveló, además de un error administrativo, una experiencia exasperante, que poco o nada tenía que ver con la labor de investigación. Lo que dejó claro es que no podía existir en un espacio académico que se iba redefiniendo a golpes de reformas, y en el que las situaciones intermedias no tenían cabida².

¹ Así, por ejemplo, las preguntas sobre las pruebas diagnósticas efectuadas en el embarazo pueden generar mayor perplejidad y respuestas más concisas que las relativas a las vivencias de parto en casa.

² El antiguo programa de doctorado en Antropología ya no era válido para quienes quisiesen inscribirse en él, manteniéndose solamente para las personas que estaban matriculadas desde años anteriores. Aún no existía, sin embargo, un nuevo programa, adaptado a los “estándares europeos”.

Por otra parte, a nivel de contenidos, no niego que este prolongarse en el tiempo contribuyó a una visión más amplia, o con más perspectiva, al poder tener en cuenta ciertos cambios acontecidos a lo largo de estos años. Si bien el trabajo de campo propiamente dicho no empezó hasta 2013, el seguimiento de noticias relacionadas con el ámbito de estudio elegido me reveló un progresivo aumento del interés social por el parto y por la maternidad, a través del peso creciente de fórmulas asociativas (asociaciones de usuarias de servicios sanitarios, redes de apoyo a la lactancia, grupos de crianza) que se convirtieron en grupos de presión para fomentar cambios en la asistencia a nivel institucional; el proliferar de foros y blog de madres, como espacio de intercambio de dudas, inquietudes y reflexiones; el crecimiento de la asistencia profesional al parto domiciliario en el territorio andaluz; y finalmente, ciertos intentos de incorporar el parto en casa en el Sistema Nacional de Salud a través de la referencia a otros modelos sanitarios. Así, a finales de 2014, las recomendaciones del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en favor de partos asistidos exclusivamente por matronas y fuera de los hospitales, es decir en casas o centros de nacimiento, tuvo cierto impacto en la prensa³, al provenir de una institución de prestigio, que utiliza el discurso en boga y aparentemente neutral de la evidencia científica. En línea con esta admisión moral⁴ de la validez de la asistencia domiciliaria, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) se posicionó por primera vez a favor de este tipo de asistencia y sobre todo de su cobertura pública, en agosto de 2015⁵.

Por último, inevitablemente, ha ido cambiando mi momento vital, y sobre todo mi entorno inmediato, en el que el parto en casa va asumiendo contornos de “normalidad”. Desde considerar la asistencia hospitalaria como la única posible, al menos allí donde existen hospitales, en mi primer acercamiento a la investigación antropológica sobre cuestiones reproductivas en 2008⁶; a decidir hacer del parto en casa mi tema de investigación, recogiendo estupor de cuantas personas desconocían su existencia; al vivir de más o menos cerca muchas maternidades de amigas y conocidas, algunas de ellas iniciadas precisamente con un parto en casa. Si mi “campo” se ha ido en cierto modo expandiendo involuntariamente, en este “estar ahí” de la etnografía, o “estar entre”, en palabras de Martínez Hernández (2008: 188), el exceder “mis unidades de observación” previstas para

³ <http://www.elmundo.es/salud/2014/12/03/547f31ad268e3e78668b4588.html>, entre otros.

⁴ “Moral” porque en el fondo se va definiendo, desde la biomedicina, lo que es bueno y malo para una persona.

⁵ <http://www.federacion-matronas.org/noticias/i/19599/70/posicionamiento-de-la-fame-sobre-la-atencion-del-parto-en-casa>

⁶ Me refiero a un proyecto de investigación centrado en la participación de las parteras en los programas de planificación familiar en los Altos del Chiapas, que constituyó mi trabajo final de *Laurea Specialistica in Antropologia culturale ed etnologia*, defendido en la Universidad de Bologna, y llevado a cabo gracias a una beca en la Universidad Nacional Autónoma de México.

convertirse en tema de conversación y objeto de relatos autobiográficos cada vez que alguien estaba embarazada, ha también producido algunas alteraciones en la percepción personal de lo habitual y lo excepcional. La indiscutible ventaja de recolocar la decisión de parir en casa insertándola en una cotidianidad compartida se enfrentaba con el riesgo de olvidar su posición de marginalidad impuesta. Pero comentar el argumento de esta tesis a personas desconocidas todas las veces que tenía ocasión, casi siempre para contestar a la incómoda pregunta relativa a qué haces o a qué te dedicas, me ha brindado una increíble oportunidad para comprobar que las reacciones de mis interlocutores coincidían, en línea general, con las relatadas en las entrevistas, fomentadas por los medios de comunicación, y defendidas por eminentes ginecólogos. Precisamente estas reacciones subrayan la imagen con la que efectivamente carga el parto en casa. Si el objeto al que se dedica este trabajo es la realidad social de la atención domiciliaria al parto, los difundidos estereotipos sobre esta modalidad de asistencia diseñan el contexto general en el que actúan los sujetos que optan por ella, reflejando la percepción social y biomédica más amplia.

El parto en casa ha sido etiquetado alternativamente como un capricho; un atraso, refiriéndolo al pasado o a lugares exóticos y sin recursos, es decir a una “otredad” indefinida de la que se mantiene distancia; o una emergencia que no ha podido ser trasladada a tiempo al hospital. Y en este sentido parece no cambiar mucho la sensación de rareza o extrañeza experimentada por quienes, ya desde los años 80 del siglo pasado, promueven esta opción o la eligen para sí, a pesar de la afirmación contundente de los hospitales como únicos lugares legítimos para dar a luz⁷.

Estas cuestiones se retomarán a lo largo del texto, al dar cuenta tanto de los antecedentes más inmediatos, como de las dificultades que siguen experimentando matronas y familias. En efecto, la crisis del modelo biomédico ha llevado a replanteamientos internos, pero que no cuestionan la asunción generalizada del hospital como lugar de mayor seguridad y como factor único del descenso de la mortalidad materna e infantil en los países que cuentan con su presencia masiva.

El creciente interés por otro tipo de maternidades y paternidades, que se autodefinen conscientes y respetuosas, para marcar una distancia con las madres “de antes”, en un multiplicarse de cursos de preparación al parto, lactivistas⁸, grupos de crianza o talleres de porteo⁹, en primer lugar, no cambian la situación de marginalización general del parto en casa, y en segundo lugar, han sido

⁷ Así empieza un artículo de la revista *Integral* (1988 [1982]: 134): “Parir en casa, en *mi*, en *nuestra casa*...¿Porqué suena tan extraño en este momento, tan exótico, tan peligroso? Incluso ¿es una moda? ¿un esnobismo? ¿una inconsciencia de cuatro locas/os?”.

⁸ Es un neologismo utilizados por activistas de la lactancia materna (cf. Massó 2013a y 2015b).

⁹ Uso de fulares y mochilas portabebés.

bastante rápidamente absorbidas por el mercado, a través de una producción constante de objetos muy variados para la primera infancia, y un proliferar de servicios para el periodo del embarazo. En definitiva, por un lado, aunque muchas de las que paren en casa opten por la lactancia materna, por el porteo, y por formas de crianza atentas a las necesidades del bebé, no es así a la inversa, es decir, la creciente atención dedicada a la lactancia y al apego madre-hijo no está exclusivamente relacionada con el parto en casa, y puede tener lecturas muy diferentes según el contexto y las maneras en que se desarrollen estas prácticas. Por otro lado, ha ido aumentando y simultáneamente diversificándose la oferta privada, tanto de matronas como de numerosas otras figuras. Valga de ejemplo el anuncio que sigue a continuación, de una consulta publicitada en una ciudad andaluza por una “coach de parto”, que promete solucionar, con recetas individualizadas, cualquier miedo pueda aparecer y entorpecer el proceso:

“Mi nombre es V. P., tengo dos hijos los cuales me dan la fuerza que necesito para afrontar cada día con alegría. Soy la 1ª Coach de parto y embarazo de España, experta en el manejo del dolor durante el parto y eliminación del miedo a lo desconocido durante el periodo de gestación y parto incluyendo en el proceso la formación de la pareja, usando diferentes herramientas y técnicas, las cuales plasmaré en un plan único y hecho a medida solo para ti [...]” [subrayado en el texto original]¹⁰

Se va entonces complicando la escena, por la presencia de nuevos actores sociales y por la elaboración de reformas sanitarias que producen un cuestionamiento interno al modelo de asistencia al parto dominante en ámbito hospitalario. Se ha tratado de dar cuenta de esta diversidad, en la que se inserta, y con la que necesariamente dialoga la atención domiciliaria. El centro de este estudio es siempre, aunque se utilicen también testimonios y opiniones de madres, y en menor medida de padres, la *asistencia*, es decir el acompañamiento profesional al proceso de embarazo, parto y posparto¹¹, la visión que se desprende de conversaciones más o menos informales, su manera de configurarse en la práctica, y de reflejarse (o no) en las vivencias de mujeres concretas que han querido parir en casa. Sin embargo, no se han observado directamente partos en casa. Motivaciones metodológicas y también éticas están en el origen de esta elección. En primer lugar, el proyecto se dirige a delinear cómo se construye una visión particular del epp y un modelo de asistencia, a través de un análisis tanto de su elaboración en los discursos y en los cursos ofrecidos a lo largo de la gestación, como de las posteriores narraciones de las madres. En segundo lugar, presenciar un parto

¹⁰ De <http://www.sinmiedoalparto.com/sobre-mi/>, consultado en enero de 2016.

¹¹ De ahora en adelante epp.

en casa sin tener un papel en su desarrollo en calidad de matrona o familiar o amiga y, sobre todo, sin haber establecido una relación de confianza mutua con las mujeres, se revelaba del todo incongruente con respecto a los principios de este tipo de atención. Haber estado en el parto de una amiga, por tanto, no ha, ciertamente, formado parte de la investigación, aunque, de alguna manera, también haya venido a confirmar, en el periodo final de redacción, muchas de sus conclusiones.

Estructuración del texto

El texto consta de seis capítulos, que están organizados en dos partes. Una primera pretende situar el parto en casa dentro de perspectivas teóricas específicas (capítulo 1), y hacerlo dialogar con sus antecedentes (capítulo 2) y con el contexto sanitario en el que está inmerso (capítulo 3). Una segunda parte se centra más específicamente en los discursos y en las prácticas de sujetos concretos que conforman el campo de la asistencia domiciliaria, como modelo de atención (capítulo 4), como fuente de deconstrucciones y reconstrucciones colaborativas y creativas (capítulo 5), y como experiencia materna y paterna (capítulo 6). Al mismo tiempo, cada capítulo puede leerse de manera independiente, ya que unas mismas cuestiones se analizan desde distintos ángulos, aplicando una perspectiva antropológica a fuentes diversas.

En concreto, el primer capítulo se dedica al marco teórico y metodológico. La opción escogida es ir de lo general a lo particular, primero presentando debates, propuestas conceptuales y ejemplos etnográficos de interés, y luego aterrizando en una revisión de estudios sobre reproducción en antropología, y haciendo hincapié en cómo es posible aplicar los enfoques presentados a los temas elegidos. Asimismo, en la parte metodológica, antes se describen algunas características generales del contexto y del trabajo llevado a cabo, y posteriormente se detallan aspectos más técnicos, motivando los pasos seguidos en la observación y en las entrevistas.

Así, en primer lugar, se retoman las principales referencias utilizadas para observar un objeto de estudio multiforme y dinámico, y que remite siempre a dimensiones más amplias. Se centra, por tanto, la atención en tres grandes bloques temáticos, evidenciando algunos importantes núcleos de debates. Se pasa de identificar y reflexionar sobre algunas parejas de conceptos¹², a analizar la biomedicina como sistema histórico-cultural y campo en constante transformación, y a focalizar el interés en el cuerpo como objeto y sujeto de análisis. Algunas figuras cumplen la función de guías en este desarrollo selectivo de temas que resultan fundamentales para esta investigación.

Rosi Braidotti, con su reelaboración de la diferencia sexual, proporciona las herramientas para

¹² Estas son: naturaleza y cultura, igualdad y diferencia, material e ideal.

interpretar la repetida referencia a lo “femenino” en el campo, y para entender los lenguajes imaginativos del parto en casa. Michel Foucault se retoma para visibilizar las transformaciones históricas en la percepción biomédica, la multiplicación de los mecanismos de poder, y su paso no total de negativos-represivos a positivos-productivos, y la sexualidad como nudo entre medidas individuales y masivas de control. Dimensiones analizadas por él a lo largo de su vida coexisten en el embarazo, parto y posparto, que, gracias a las críticas feministas a este autor, deviene un lugar privilegiado desde donde observar la extrema difusión del lenguaje y de las nociones biomédicas, sus transformaciones progresivas, que llevan a un desplazamiento de lo patológico a lo susceptible de serlo, junto con las formas cambiantes de control sobre la sexualidad reproductiva de las mujeres. Pero el epp emerge también como terreno de contestación, en este movimiento oscilatorio entre biopoder y agencia, que el propio Foucault ya había señalado en sus últimos escritos. Algunos ejemplos etnográficos permiten dar cuenta de las posibilidades de aplicación de estas propuestas teóricas para analizar contextos y situaciones concretas. Las reflexiones de Antonio Gramsci, por último, que parten en gran parte de su propia experiencia, ofrecen aportaciones conceptuales e intuiciones metodológicas muy válidas para enfocar el trabajo llevado a cabo. La lectura de su obra sugerida por Giovanni Pizza introduce las contribuciones de autoras y autores de antropología médica tales como Margaret Lock, Nancy Scheper-Hughes, Mariella Pandolfi, Mari Luz Esteban y Tomas Csordas.

A esta parte más general, sigue un repaso de los distintos temas que entran en la etiqueta de “antropología de la reproducción”, el campo de estudio en el que puede enmarcarse esta investigación. Por último, se dedica una sección a presentar las modalidades utilizadas para la consecución de los objetivos del proyecto, resumiendo los elementos más significativos del contexto de la asistencia profesional al parto en casa en Andalucía, explicitando los métodos y técnicas empleadas, y describiendo las principales características de las personas entrevistadas.

En el segundo capítulo se pretende trazar una breve genealogía de la asistencia domiciliar al parto contemporánea, en primer lugar haciendo hincapié en el proceso de normalización de la atención hospitalaria, en una historia marcada por desigualdades y exclusiones. La propia definición de la categoría profesional de matrona, y el paso del hospital a la casa, emergen como procesos conflictivos no lineales. Para su análisis, se ha recurrido al trabajo de historiadoras feministas, en la intención explícita de construir contramemorias, lo que, en palabras de Braidotti, serían genealogías activadas políticamente (*cf.* cap. 1).

La historia, como cualquier otra ciencia, depende de qué preguntas se formulan y de cómo se interrogan las fuentes. Reconstruir brevemente los inicios y los pasos fundamentales de la

Obstetricia como especialidad, y de la matronería como profesión, se revela imprescindible para entender la posición que ocupa, a partir de finales del siglo XX, tanto la matrona en los hospitales como el parto en casa como modalidad de asistencia fuertemente minoritaria. La voluntad de rescatar los recuerdos “subyugados” (Braidotti 2004: 169) se acompaña con el interés por lo que escriben enfermeras y matronas de su propia historia profesional. Se produce, así, un juego de referencias cruzadas entre distintas fuentes, que lleva a la elaboración de consideraciones más generales.

Una segunda parte del capítulo se dedica a la historia más reciente de la atención domiciliar al parto, a sus motivos fundacionales, al contexto en el que surgió, como reacción al intervencionismo biomédico y como parte de otros movimientos que pretendían generar cambios en la vida social y en la existencia cotidiana. Se visibiliza, además, la construcción colectiva y no siempre fácil de narrativas compartidas y criterios de actuación comunes, adelantando algunos problemas intrínsecos a este tipo de atención, no resueltos, y que se retomarán al volver sobre él en los capítulos finales. Se presentan también los principales referentes teóricos y de práctica asistencial. Se intenta, pues, evidenciar *de dónde viene* el parto en casa, tanto como demanda social e inquietud profesional como por sus fuentes de aprendizaje.

La importancia de tener en cuenta la dimensión histórica, y de evitar, por tanto, una visión dehistorizada de los procesos de construcción del conocimiento es, en última instancia, una elección científica y política, que ha sido repetidamente señalada tanto por autoras feministas (Moore 2006, Narotzky 1995, Haraway 1995 [1991], entre otras), como en antropología médica (Comelles 1997, Seppilli 2000, Pizza 2005a: 155 y ss., Schirripa 2012).

El tercer capítulo pasa a situar el parto en casa dentro del contexto sanitario estatal y andaluz, y a delinear el terreno de las disputas que se generan alrededor del embarazo, parto y posparto. Para ello, una primera parte se centra en la enorme variabilidad en la atención, tanto primaria como hospitalaria, identificando los principales problemas a través del análisis documental y desde la perspectiva particular de matronas y madres entrevistadas, retomando sus experiencias y sus estrategias.

Una segunda parte profundiza en la voluntad de cambio mostrada por estrategias y guías de práctica clínica elaboradas a distintos niveles. Aquí, la producción normativa estatal y autonómica se sitúa dentro de tendencias internacionales hacia la “humanización” del nacimiento, y se analiza críticamente, mostrando y problematizando sus nexos con el feminismo y con el parto en casa, y confrontando sus propuestas con las opiniones de las matronas entrevistadas sobre su puesta en práctica en los hospitales en los que han trabajado.

Una tercera y última parte trata de definir el campo de actuación establecido para las matronas, proponiendo una revisión de las definiciones plurales de “parto normal”, y reflexionando sobre la presencia de nuevas figuras, que complican el panorama general de la asistencia, además de representar una prueba irrefutable de las carencias no resueltas del sistema biomédico. Así, por un lado, se revisarán las definiciones de “parto normal” de distintos organismos y el consenso operacional o de mínimos, que coincide exclusivamente en los criterios de “bajo riesgo”. Por otro lado, se analizará un polémico informe, redactado por el Consejo General de Enfermería en 2015, que arremete no solamente contra las doulas, sino contra modalidades de atención más heterodoxas, que en muchos casos coinciden con las descritas para el parto en casa. Las “doulas”, cuya labor consiste en prestar apoyo psico-físico y logístico a las madres a lo largo del epp, encarnan también, para las matronas, la posibilidad de una competencia desleal. Si la matrona es la acompañante legítima (o legitimada legalmente) del “parto normal”, la indefinición de las tareas que corresponden a las doulas produce un temor generalizado al intrusismo, sólo en parte puesto en entredicho por las opiniones y actuaciones de las comadronas domiciliarias andaluzas.

El cuarto capítulo está enfocado a desentrañar los argumentos utilizados para justificar la marginalización del parto en casa, y a presentar las características generales de este modelo de atención, así como sus diferencias internas, en el contexto andaluz. Así, en primer lugar se dedica un breve apartado a las cifras aproximadas del parto en casa, cuyo carácter aproximativo se debe tanto a su exclusión de los cálculos estadísticos institucionales, como a las propias modalidades de este tipo de asistencia. Posteriormente, se insiste en el uso de determinados núcleos discursivos para afirmar/negar la validez de los modelos de atención. La insuficiencia de las hipótesis monocausales para el descenso de la mortalidad, ya mostrada en capítulos anteriores, así como la falacia de una seguridad hospitalaria total, no impiden que el parto domiciliario se siga asociando con un pasado de elevada mortalidad, con situaciones accidentales o lugares sin recursos. El *ethos securitario* que sirve de trasfondo reduce, además, las experiencias reproductivas a la supervivencia de madres y bebés. Es en este cuadro que se insertan los dilemas y dificultades de quien ha optado por parir o asistir en casa, y que vive en su piel las presiones de los entornos más inmediatos, familiares o laborales. En un tercer epígrafe, se detallan algunas características del modelo domiciliario. Se señalan, por tanto, las diferencias estructurales entre espacio doméstico y hospitalario, antes de presentar los principales elementos distintivos del modelo analizado: la continuidad y personalización de la asistencia; los modos híbridos, que se sirven de múltiples herramientas teóricas y técnicas; el “saber estar” de las matronas; su autonomía y capacidad adaptativa; la centralidad de la confianza como proceso de construcción de seguridad; la irreductibilidad a un

empleo; la definición amplia e imaginativa del bienestar de quien nace; y el perfilarse de una “razón intuitiva”, que se considera al mismo tiempo innata y aprendida. Por último, se identifican dos tendencias generales entre las matronas, que marcan también una distancia mayor o menor del modelo hospitalario y, asimismo, una proximidad mayor o menor al pasado reciente de la asistencia domiciliaria. Se describen, por tanto, por separado, modalidades y posturas diferenciadas.

El quinto capítulo se centra en la práctica de los cursos preparto, permitiendo profundizar en una de las dos tendencias señaladas, la más rupturista y creativa, y que se extiende ampliamente, en sus discursos y propuestas, antes y después del parto. Se ha decidido ahondar en las aportaciones de esta corriente, analizando sus manifestaciones en la interacción entre comadronas y parejas asistentes a los cursos prenatales, por dos principales razones. La primera de ellas es la intención de profundizar en aquella parte de la asistencia que muestra tener cierta continuidad con los inicios del parto en casa de los años 70 y 80 del siglo XX. Vinculada con esta, está la mayor diferenciación de esta corriente respecto a la práctica hospitalaria, incluso en su enfoque fisiológico o humanístico. Sus aportaciones son especialmente relevantes precisamente porque ofrecen una oportunidad única para repensar la visión biomédica del epp en su totalidad.

A una descripción general del contenido, del espacio y de los métodos empleados en los cursos, siguen cinco secciones específicas que se dedican, respectivamente, la primera, a la generación de cuestionamientos de algunas prácticas biomédicas comunes en el embarazo y en el posparto (epígrafe 2); la segunda, a la elaboración de críticas sociales de carácter más general, pero que parten del epp (epígrafe 3); la tercera, al proceso de resignificación de nociones generales y conceptos particulares provenientes del ámbito biomédico (epígrafe 4); la cuarta, a la difusión de conocimientos y técnicas obstétricas, así como de estrategias para evitar o reducir las posibilidades de conflicto con familiares y personal sanitario (epígrafe 5); y la quinta, a las modalidades utilizadas para impulsar la formulación de autodiagnósticos, respuestas complejas y soluciones colectivas a problemas comunes (epígrafe 6). Por último, se propone reflexionar sobre las potencialidades de estos cursos como generadores de transformaciones individuales y colectivas.

El sexto capítulo es sin duda el más incompleto de todos, ya que introduce cuestiones surgidas del trabajo de campo que exceden los objetivos del proyecto, sugiriendo nuevas posibles líneas de investigación sobre las que se volverá en las conclusiones. En él se utilizan las vivencias de las madres y de algunos padres para completar el análisis de la atención domiciliaria, por medio de las narraciones de quienes la reciben. Los relatos maternos y paternos delatan, a través de metáforas, gestos, sonidos, tanto la incomunicabilidad de las experiencias de parto en casa, como la

importancia que asumen para los sujetos concretos, y la voluntad de expresarla. La percepción de las experiencias de traslado, las presiones familiares en un caso de aborto en casa, las vivencias contradictorias y solitarias de los primeros meses sucesivos al nacimiento, exacerbadas por ciertos ideales de crianza y, por último, las críticas a la asistencia recibida, hacen patentes tanto los límites y las contradicciones del parto en casa, como las problemáticas sociales contextuales en las que están encuadrados.

Finalmente, en las *Conclusiones* que cierran esta investigación se retoman algunas de las principales líneas argumentales del texto, recapitulando sus puntos claves, se discuten los aspectos más problemáticos, avanzando algunas propuestas, y se identifican cuestiones que quedan abiertas, y que bien podrían profundizarse en nuevos proyectos.

Algunas puntualizaciones

Antes de adentrarse en los capítulos que conforman este texto, conviene discutir algunas elecciones terminológicas y formales.

En primer lugar, se utiliza la expresión “parto en casa”, tanto para referirse al momento del parto propiamente dicho, como a una tipología de asistencia, que empieza en el embarazo, y sigue en parte después del nacimiento. En otras ocasiones, en cambio, se emplea la sigla epp para referirse al proceso de embarazo, parto y posparto, visibilizando, de este modo, su conceptualización unitaria.

En segundo lugar, se ha optado por reproducir los términos de los que se sirven las matronas de parto en casa, ya desde el periodo de gestación: madres, padres y bebés. En este modelo de asistencia la maternidad y paternidad empieza a construirse activamente desde el embarazo, a través de distintas estrategias. Aunque se utilicen también otras palabras (mujeres, chicas, hombres, chicos, niños/as, hijos/as), se ha preferido casi siempre servirse de las mencionadas, como reflejo de las que prevalecen en el ámbito de estudio. En particular, el uso de la palabra “bebé” supera con creces el de “feto”, por no decir que lo sustituye totalmente¹³. Es una operación retórica que, si por un lado puede dar lugar a equívocos (*cf.* cap. 5), por otro también resulta muy cómoda, porque evita la definición en masculino o femenino implícita en otros vocablos. *Bebé* se utiliza en los discursos como una especie de género neutro, aunque la ecografía haya detectado una niña o un niño. Y resulta particularmente pertinente dejar espacio a cierta indefinición en una época tan temprana de la vida de una persona.

¹³ Las únicas tres veces que se menciona en entrevista es para referirse a las muertes intrauterinas o neonatales, o, en un caso, precisamente a maneras no compartidas de definición terminológica de la vida anterior al nacimiento.

En tercer lugar, hablar de “maternidad” es necesariamente ambiguo, ya que habitualmente incluye tanto el embarazo, parto y posparto, como la sucesiva crianza, a la que se ha dedicado solamente una parte mínima. Resulta, igualmente, y tal vez precisamente por su ambigüedad, un término muy fructífero, especialmente al profundizar en los debates feministas alrededor del devenir madres, y al hacer hincapié en procesos que son siempre tanto corporales como sociales y culturales.

En cuarto lugar, se hace un uso en gran medida indistinto de los términos “matrona” y “comadrona”, salvo especificar, al describir las diferencias internas (*cf.* cap. 4), que las autodefiniciones varían en base a la atribución de precisos significados, fruto de un proceso de reflexión previo, que caracteriza una parte de la asistencia en casa. Se prefiere, en todo caso, utilizar siempre el femenino, al tratarse de una profesión históricamente feminizada y que sigue siendo realizada en gran parte por mujeres.

Cabe, además, señalar que con “occidental” se entiende una categoría discursiva, que refleja un espacio histórico, social, político y económico más que propiamente geográfico.

Para las expresiones más técnicas, provenientes principalmente del campo biomédico, y para algunas siglas de uso recurrente se remite a un glosario final.

Las traducciones de textos en idiomas diferentes del castellano son siempre mías y, en algunos casos, se ha optado por reproducir el original en nota. Las citas que abren los capítulos, sin embargo, se han dejado en versión original, ya que esto no suponía ningún salto en el desarrollo del texto que pudiese dificultar su lectura. Reconozco que, en todo caso, el estilo, la propiedad lingüística y el manejo del vocabulario se han visto ciertamente afectados por el hecho de no ser hispanohablante.

Finalmente, las notas a pié de página, de las que se ha hecho amplio uso, sirven tanto para citar documentos de archivo, disposiciones legales y noticias de prensa, que no aparecen en la bibliografía final, como para añadir reflexiones y aclaraciones, sin sobrecargar el cuerpo principal del escrito. Aún así, se consideran parte fundamental e imprescindible del desarrollo del trabajo.

***** Agradecimientos *****

Con las siguientes líneas deseo agradecer a todas las personas que han hecho posible, de una u otra forma, la finalización de esta tesis.

A mis directores, Isidoro Moreno y Carmen Mozo, por la confianza y el apoyo recibido en estos años. Y en particular, a Carmen, por su revisión meticulosa, sus sugerencias y su disponibilidad. A

ella debo todo mi reconocimiento por haberme ayudado a que “el flan cuajara”.

A Yolanda Díaz, un faro en la oscuridad de la burocracia sevillana, por su competencia y buen hacer.

A Davide y Albert, mis amigos informáticos, que supieron qué hacer cuando mi ordenador decidió abandonarme. Y a Bego y Rafa, que me prestaron prontamente el suyo.

A mis compañeras de Taraceas S. Coop. And., Lucía, Luis y Manu, por todo lo que me han enseñado en los años que hemos compartido, a través de la confrontación teórica; de las reuniones de autoformación, indispensables en mi iniciación en el manejo de herramientas digitales para el análisis; y a través del día día, no siempre sencillo, del trabajo cooperativo.

A todas las que han participado en esta investigación, regalándome su tiempo, dejándome entrar en sus casas, compartiendo partes de sus vidas. Y de manera especial a aquellas matronas que me han facilitado considerablemente el trabajo, por coordinar las citas con las otras componentes de su equipo, presentarme a algunas madres, o permitirme visitar sus múltiples espacios de trabajo: Tanti Santos en Málaga, Blanca Herrera en Granada, Rosa Llamas en Córdoba. A las que se han ofrecido en hacerme de taxista, como Caro en Málaga, y a las muchas que se han desvelado, por seguir hablando conmigo después de un parto en casa o de una guardia en hospital. Entre ellas, agradezco enormemente a Maite Gómez, por su disponibilidad absoluta y su apoyo en el trabajo de campo, por dejarme tener acceso incondicionado e indeterminado en el tiempo a su biblioteca, y por prestarse siempre con pasión al intercambio de opiniones.

Finalmente, debo agradecer a mi familia afectiva y a sus redes expandidas, que me han hecho sentir en casa en todas partes. A Juana, con la que también he compartido los entusiasmos, las dudas y los altibajos emocionales de doctoranda, y a la Casa Azul, en Córdoba; a Caro y Bea, en Granada; a Luca, en Málaga; a María, Marta y Cristina en Madrid; a Lucía, Manu y Nilo, Ana y las Coronelas, LuciaV, Luis y Elisa, Jaime el Gamba y Lilian, Carmen, Vega, Dani & Cía, en Sevilla.

A mis queridas lAsLaS, que para la ocasión se han vestido de correctoras de estilo.

A Filo, por las múltiples formas en las que ha sabido apoyarme en estos años, y por acompañarme en el ejercicio constante y a veces arduo de romper con roles y jerarquías.

PARTE I

I. Perspectivas, enfoques y métodos

Non sono erudita a sufficienza da essere interdisciplinare, ma sono in grado di infrangere le regole. Si può imparare qualcosa da ciò?

(Spivak 2004 [1999]: 25)

Cassette degli attrezzi nel peggiore dei casi, vettori di trasformazione nel migliore, i testi vanno avvicinati secondo il principio dell'affinità o della simpatia: li provi e vedi se funzionano.

(Braidotti 2003: 118)

En este capítulo se presentan las herramientas teóricas y metodológicas utilizadas, insertando la presente investigación en el cuadro de algunos debates antropológicos y en el marco de análisis trazado por trabajos etnográficos particulares. Se describen, además, los pasos seguidos en el proceso de estudio, las fuentes empleadas, los métodos y las técnicas elegidas.

Una primera parte se dedica a las fuentes bibliográficas, seleccionadas, por un lado, para entender el objeto de estudio, situándolo dentro de discusiones de carácter más general y perspectivas de estudio concretas; por otro, para construir un marco de referencia más específico, a partir de producciones etnográficas sobre temáticas afines a las estudiadas. Los primeros epígrafes se centran en “las lentes”, es decir, en los aparatos teórico-conceptuales que se adoptan para acercarse a la materia propuesta. En particular, se identifican tres grandes cuestiones o bloques de discusión de relevancia para este proyecto, que dan lugar a otros tantos apartados, sobre, respectivamente, el cuestionamiento y superación de algunas “dicotomías fundacionales”; la función de control ejercida por la biomedicina de manera históricamente cambiante; y la necesidad e importancia de incluir los cuerpos en el análisis.

El cuerpo se muestra, en efecto, como objeto de múltiples actuaciones, como sujeto activo y también como espacio primario de investigación, con el que ocupamos el terreno de estudio, nos relacionamos, actuamos y avanzamos, posiblemente, interpretaciones. Se dedica amplio espacio a varios enfoques y propuestas concretas de una atención corporal en las investigaciones, profundizando en las posibilidades y potencialidades de algunas de ellas. Éstas se revelan particularmente válidas para enlazar las diversas dimensiones que se pretende tener en cuenta en el desarrollo del texto, sirviendo de alguna manera también de recapitulación y cierre de los apartados

dedicados a las perspectivas teóricas más generales.

El último epígrafe de esta primera parte va aterrizando en las cuestiones en las que se centra este trabajo, a través de un breve repaso de algunos estudios sobre el embarazo, el parto y el posparto, y, más en general, sobre el ámbito reproductivo, como lugar privilegiado de análisis socio-antropológico, insistiendo especialmente en las propuestas de autoras que utilizan la reproducción como pretexto para reflexiones de más amplio calado. Su punto de partida es precisamente una reconsideración de lo reproductivo, que empieza por negar su escasa significatividad política y social.

En la segunda parte del capítulo, se proporcionan algunas informaciones relevantes sobre el contexto profesional de la asistencia al parto en casa en Andalucía, las redes en las que participan las matronas entrevistadas, y sus referentes asociativos. Se va detallando, además, el recorrido seguido hasta el momento de redacción, dando cuenta del trabajo desarrollado y describiendo algunas características de “mis” interlocutoras e informantes. En particular, en el último epígrafe se especifican particulares más concretos del trabajo de campo, incidiendo por un lado, en los espacios de observación seleccionados y en los motivos de su elección, y por otro, en las personas entrevistadas, sus características socio-demográficas, las maneras de contactar con ellas, el formato, número y contenido general de las entrevistas.

1. Las lentes

Las lentes que utilizaré para mirar al caleidoscópico campo de la asistencia domiciliar al parto provienen principalmente de la antropología feminista y de la antropología médica, más en particular de algunas corrientes internas a ésta, la autodefinida antropología médica crítica (*Critical Medical Anthropology*), de ámbito anglosajón, y algunos trabajos de autoría italiana y mexicana, que, siguiendo a Martínez Hernández, podrían incluirse en la denominación de “neomarxismo periférico” (2008: 162-169).

Si bien se puede considerar a la antropología feminista y a la médica como fuertemente entrelazadas, por sus intereses comunes y por contribuciones que recorren caminos interpretativos similares, es importante subrayar una diferencia substancial: mientras en el primer caso se trata de una perspectiva teórica y metodológica aplicable a cualquier objeto de estudio, en el segundo se va definiendo un campo temático específico, aunque cada vez más amplio, que podría resumirse en un interés por los procesos de salud/enfermedad/atención. Otro importante elemento distintivo se halla en los orígenes activistas de la antropología feminista, que surge desde un movimiento político al

que va indisolublemente ligada y con el que dialoga constantemente (al menos en sus inicios), y que por ello también encuentra cierta dificultad en alcanzar legitimidad académica.

Diversas autoras han subrayado esta falta de legitimación académica de los estudios feministas, acusados de ser meramente ideológicos, y el uso de diferentes estrategias nominales más neutrales o menos politizadas para llevarlos a cabo (Braidotti 2004, Méndez 2007, entre otras). En cuanto a la disciplina antropológica, se hace manifiesta en primera instancia, y especialmente en el contexto eurooccidental, cierta resistencia a reconocer la validez de los enfoques feministas e incorporarlos en la práctica etnográfica así como en los debates teóricos (del Valle 2000), y secundariamente a utilizarlos de manera rigurosa y sistemática, y no selectiva y subsidiaria (Méndez 2007).

En particular, algunos conceptos elaborados desde las teorías feministas han tenido cierto éxito tanto en ciencias sociales como a nivel de políticas institucionales, siendo utilizados sin embargo de manera confusa, con carácter exclusivamente descriptivo e incluso como sustitutivos del mismo “amenazador” término feminista. Así, el *género* puede considerarse un “término en alza en la bolsa de valores simbólicos incorporados al discurso dominante” (Andrieu y Mozo 2005: 241)¹ y la *perspectiva de género* o los *estudios de género* como sustitutivos de perspectiva y estudios feministas, a pesar de no ser en absoluto sinónimos (Méndez 2007: 234-235). Si bien varias autoras han subrayado desde hace tiempo la común y errónea ecuación género=mujer (Scott 1990 [1986], Haraway 1995 [1991], Méndez y Mozo 1999, Stockett y Geller 2006, Ortiz 2006²), han intentado definir sus posibles usos y defender sus potenciales analíticos, una vez establecido su carácter eminentemente relacional, es decir, su interdependencia con otras variables que configuran las relaciones de poder, éste sigue utilizándose de manera poco clara. A menudo, en efecto, la declaración de usar una “perspectiva de género” se traduce en una simple inclusión de las mujeres en los análisis o, según la formulación irónica de Conkey and Gero³ (1991, citadas en Stockett y Geller 2006: 9), se añaden mujeres y se remueve todo, como si de un ingrediente en un cóctel se tratara.

Así las cosas, algunas autoras como Henrietta Moore (2006) han optado por seguir utilizando esta

¹ En cuanto a su uso en las ciencias sociales, cabe señalar que la antropóloga mexicana Marta Lamas ya lo consideraba un término en boga a mediados de los años 80 (Lamas 1986), en un primer repaso de los distintos significados que se le han atribuido, desde las ciencias médicas y psicológicas a las elaboraciones feministas en antropología.

² Teresa Ortiz Gómez llega a identificar seis situaciones ejemplificativas de usos imprecisos y contradictorios del concepto de género, a saber: 1) su empleo en lugar de mujeres, produciendo efectos claramente despolitizadores en las investigaciones; 2) como sustitutivo de sexo, con cierta carga determinista; 3) para referirse a dos géneros (masculino y femenino) esencializados, ignorando así la complejidad identitaria y la necesidad de contextualización; 4) entendiendo las “relaciones de género” como relaciones de complementariedad; 5) como sinónimo de feminismo y de feminista; 6) como única categoría de análisis, olvidando otras con las que se encuentra íntimamente entrelazada (Ortiz 2006: 44-47).

³ La expresión que utilizan es “add women and stir”.

categoría analítica, pero deconstruyéndola y contextualizándola, es decir, haciendo hincapié en la historicidad de toda categoría de análisis, pero sin por esto rechazarla. Su reflexión es una respuesta a las derivas individualistas y relativistas posmodernas que, al poner el acento en las identidades individuales, corren el riesgo de olvidar otras dimensiones, muy especialmente las político-económicas.

Por otra parte, Rosi Braidotti ha definido los debates alrededor del “género” como una “vicisitud del idioma inglés” (2004: 79 y 131), y como fruto de una “desconexión transatlántica” (2003 [2002]: 41-48)⁴, subrayando la elección de otros conceptos, menos opacos, como en las producciones francófonas e italianas. Dada su ambigüedad extrema se puede, por tanto, también prescindir de su uso u optar por términos menos exitosos, pero tal vez más claros, como el de sexo social y relaciones sociales entre los sexos, utilizados por Mathieu y, en general, en algunas publicaciones en francés de los años 80 del siglo XX (cf. Curiel y Falquet (eds.) 2005, Falquet 2011), que evitan la falsa dicotomía entre naturaleza y cultura, sexo y género. El feminismo materialista es, probablemente, el que ofrece las claves de lecturas más rigurosas y complejas sobre las formas en las que las diferentes sociedades articulan sexo, género y sexualidad. Se trata de un núcleo de autoras reunidas en torno a la revista *Questions féministes*, y que incluye también a la italiana Paola Tabet. Los conceptos que elaboran permiten llegar a una visión de conjunto de las relaciones sociales entre sexos, dando cuenta de las facetas múltiples e interconectadas de las situaciones de opresión de las mujeres y analizando las diferentes ideologías que las justifican. Así, las “actividades de las mujeres”, en la maternidad y en los cuidados infantiles o de otras personas, en el trabajo remunerado y en el trabajo doméstico, en el matrimonio y en la prostitución, se analizan de tal manera que es posible reconocer en ellas un *continuum*⁵ de la expresión de las relaciones de poder entre sexos. Esta línea de trabajo, sin embargo, ha sido en gran parte olvidada, lo que ha contribuido a producir un marcado *impasse* en los debates teóricos (Juteau y Laurin 1988). Braidotti (2003 y 2004), volviendo repetidamente sobre las polémicas de los años 80 del siglo pasado entre teóricas de la diferencia y teóricas del género, hace hincapié en el estancamiento del debate entre dos tendencias igualmente reduccionistas. En ambos enfoques, no obstante, reconoce un importante y común desafío a “la postura universalista del discurso científico” (Braidotti 2004: 137). En

⁴ El otro lado del Atlántico se refiere a la producción científica norteamericana (y sobre todo de Estados Unidos). La desconexión se plantea, por tanto, básicamente, entre Europa continental y Estados Unidos, a partir de un conocimiento bastante amplio de ambos contextos, pero es posible aplicar sus reflexiones a otros espacios geográficos de trabajo y producción académica, marginados por el prevalecer de determinadas líneas y modelos teóricos. Siguiendo a Moreno (2011) y Narotzky (2011), podemos servirnos, para la antropología, de denominaciones como antropología hegemónica (o central o del “Norte”) y subalterna (o periférica, o de los “Sures”).

⁵ Tomo en préstamo el concepto de *continuum* de Paola Tabet (2002), que lo refiere más específicamente a lo que denomina intercambio sexo-económico (“scambio sesso-economico”), que analiza como una constante en las relaciones entre sexos, cuyos extremos identifica en las relaciones matrimoniales y de prostitución.

definitiva, aún sin usar la palabra “género”, a partir de la constatación de su abuso y de la confusión que genera, se pueden aprovechar las abundantes reflexiones teóricas desarrolladas alrededor de esta noción, como parte integrante de los procesos autocríticos feministas⁶.

Si la antropología feminista y, más en general, los estudios feministas han tenido una recepción poco entusiasta en el ámbito académico, la antropología médica se afirma por necesidades básicamente pragmáticas, cubriendo una función “traductora” para que los programas biomédicos pudieran llegar a la población con mayor eficacia. Así, en un primer momento, se preocupa por comprender *otros* sistemas de atención y de esta manera facilitar la recepción de indicaciones sanitarias, manteniendo la biomedicina o medicina científica como referente único, no cuestionable y, por lo tanto, no reducible a objeto de estudio. A partir de la incorporación del campo biomédico⁷ como objeto de estudio antropológico, es decir a partir de una “vuelta a casa” de la antropología hacia su propio contexto social, es cuando se ha ampliado notablemente su corpus de análisis, dando también lugar a fértiles debates teóricos (Quaranta (ed.) 2006, Seppilli 2000, Martínez-Hernández 2008, Pizza 2005a, Franklin 1995). Si encuentra algún tipo de resistencia a nivel académico no es, por tanto, dentro de su ámbito disciplinario, donde ha alcanzado amplia legitimidad, sino fuera de él, en los programas de formación universitaria en ciencias de la salud y, más en general, para que se incorpore a los servicios sanitarios, en su “posible rol de «conciencia crítica» en la transición hacia un nuevo orden teórico-práctico del conjunto de la biomedicina” (Seppilli 2000: 43). El rápido desarrollo de la antropología médica en Europa, y la amplia producción científica en el Estado español en estos últimos decenios (Perdiguero *et al.* 2000) no se corresponde con una incorporación paulatina de la reflexión antropológica en la formación y en el trabajo biomédicos. Así lo “cultural”, desde las intervenciones biomédicas, se reduce casi siempre a factores concretos y aislables que se hace necesario conocer para elaborar actuaciones eficaces y relativamente fáciles de medir. Todo ello no implica, evidentemente, una real apertura hacia otras modalidades de hacer frente a los diversos acontecimientos y momentos de los procesos de salud-enfermedad.

⁶ Así, a lo largo de este texto, se preferirá, por lo general, no emplear esta categoría, pero se volverá sobre los diferentes usos del término a partir de las fuentes utilizadas. Se profundizará, además, en algunos debates feministas que constituyen parte fundamental de un proceso reflexivo y autocrítico constante, y que resultan particularmente útiles a la hora de acercarse a las maternidades.

⁷ Retomo aquí el uso que hace Giovanni Pizza de la noción de “campo biomédico”, que se remonta a su vez al concepto de campo de Bourdieu, como espacio social en el que actúan instituciones específicas y que se regula en base a las relaciones de fuerza entre los diversos actores que lo habitan (Pizza 2005a: 145). Esta noción permite evitar una visión monolítica de la biomedicina, remarcando su heterogeneidad y la posibilidad de contradicciones entre aspectos teórico-ideológicos y la práctica cotidiana de las relaciones entre médicos y pacientes. Sin embargo, esto no impide hablar de la biomedicina como de un sistema socio-cultural, o como modelo médico hegemónico (MMH), según la nota definición de Menéndez (2005), para señalar sus características generales y estructurales.

A pesar de las diferencias señaladas, existen importantes puntos comunes entre ambas perspectivas teóricas, que hace especialmente fructífero utilizarlas de manera complementaria. En primer lugar, destaca la centralidad que asume el cuerpo, no solamente como superficie de inscripción y símbolo de la realidad social (Douglas 1979 [1970]) o como lugar de expresión de estructuras socialmente determinadas, de un sistema de normas interiorizadas (Mauss 1991 [1936], Bourdieu 1992), sino como sujeto y agente, tanto en los procesos de salud y enfermedad como en la acción política individual y colectiva (*cf. infra*, apartado 1.3).

En segundo lugar, a un nivel teórico-conceptual se pueden identificar al menos cuatro aportaciones que adquieren cierta importancia en los estudios antropológicos feministas y médico-críticos: la visibilización de los procesos naturalizantes (o “*generativi della datità*”⁸ en palabras de Ivo Quaranta 2006:12), es decir de aquellos pasos social e históricamente enraizados, por los que algo *parece* natural y verdadero, en la medida en que se da por sentado; la intención de ir desvelando cómo actúan distintos mecanismos de poder en las experiencias cotidianas; el intento de producir elaboraciones complejas que cuestionen y, al mismo tiempo, superen persistentes dicotomías (como la separación entre naturaleza y cultura o entre cuerpo y mente); el objetivo de producir conocimientos contextualmente situados pero de ninguna manera aislados de los flujos transnacionales. Más adelante se retomarán estos aspectos, aunque no en el mismo orden presentado aquí, sino en base al uso específico y a la significatividad que asumen para este proyecto.

Finalmente, cabe señalar su reconocimiento académico concomitante y reciente en el ámbito del Estado español, probablemente, por cuestiones histórico-políticas, dándose en los años 70 y sobre todo en los 80, las primeras producciones escritas, así como la definición de un terreno de investigación y docencia. Pero si para los estudios feministas se va conformando un campo interdisciplinario más que propiamente antropológico, correspondiente a lo que en contexto anglosajón se ha ido denominando *womens' studies* (Méndez 2007), la antropología médica se empieza a delimitar como campo específico, aproximadamente a partir del “texto cuasi fundacional de M. Kenny y J. De Miguel *La antropología médica en España*” (Uribe y Perdiguero 2014: 7). No obstante, “las referencias cruzadas” (Comelles y Perdiguero 2000: 22), es decir, las referencias a una producción científica no exclusivamente antropológica, son comunes a ambas perspectivas, en sus intentos de formular preguntas de investigación que se podrían calificar de interés social e histórico-filosófico general. No es ciertamente casual que Verena Stolcke, al señalar el eclecticismo de la antropología médica, y sus desafíos a algunas “certidumbres epistemológicas” de la disciplina

⁸ Generadores de lo que se da por sentado, de lo dado y, supuestamente, incuestionable.

(2010: 11), haga especial hincapié en las contribuciones feministas.

Para terminar, las aportaciones a la teoría antropológica general han sido de tal calado que se han llegado a definir en los dos casos, y tal vez pecando de cierto grado de autorreferencialidad, un gran “revulsivo teórico” para toda la disciplina, respectivamente por Susana Narotzky (1995: 15)⁹, que emplea esta expresión para referirse a las reflexiones feministas y a la introducción de nuevas categorías de análisis fundamentales, y por Josep M^a Comelles y Enrique Perdiguero (2000: 24), que la aplican a la antropología de la medicina¹⁰.

En los apartados que siguen, se tratará de repasar brevemente algunas de las aportaciones teóricas más relevantes para los objetivos de este trabajo, las que constituyen de alguna forma su punto de partida y que van también estructurando su trama.

1.1. Entre igualdad y diferencia, naturaleza y cultura, ideal y material

Algunos de los grandes debates internos al feminismo¹¹ han representado importantes retos para la teoría antropológica en general, y más en particular para la antropología médica. Aquí se analizarán algunos de ellos, aquellos que asumen especial relevancia para ir definiendo el marco teórico de la presente investigación.

Igualdad y diferencia

Los debates entre igualdad y diferencia¹², es decir, entre opciones de lucha centradas en alcanzar la

⁹ Aunque esta autora se sirva de las expresiones “estudio de las mujeres” y “antropología del género”, los términos utilizados parecen ser más bien el reflejo de una época específica, ya que se incide reiteradamente en que no se pretende definir un nuevo campo de estudio, o una subdisciplina, sino servirse de un enfoque teórico potencialmente aplicable a cualquier materia de trabajo.

¹⁰ No entraré aquí en discutir las diferentes denominaciones utilizadas: antropología de la medicina, antropología de la salud, antropología de los saberes médicos, antropología médica, por un lado; antropología de las mujeres, antropología del género, antropología feminista, por otro. Utilizo “antropología médica” y no de la salud, que probablemente, dado su sentido más inclusivo, podría considerarse más pertinente para el objeto de estudio, básicamente por dos motivos: por centrar el análisis en la parte asistencial, y por ser utilizada por gran parte de las autoras y de los autores a los que hago referencia. Servirme de la denominación de “antropología feminista” es sin embargo una elección obligada, al considerar el género una de las contribuciones teóricas feministas (no la única, evidentemente) y al pretender elaborar reflexiones más generales. En última instancia, sería probablemente más oportuno hablar de un enfoque feminista y crítico en antropología médica.

¹¹ Considero uno de los principales méritos feministas precisamente los debates entre posturas divergentes, que, aunque a veces irreconciliables (motivo por lo que se opta a menudo por hablar de feminismos en plural), han dado siempre frutos abundantes desde un punto de vista teórico y político, convergiendo en algunas cuestiones fundamentales que han ido también marcando luchas comunes.

¹² Cabe señalar que se están reproduciendo los términos empleados en los debates feministas, en los que igualdad y diferencia han sido pensadas como pareja opositiva, aunque en rigor no constituyan la una el opuesto de la otra.

igualdad entre hombres y mujeres en términos jurídicos y sociales, y otras enfocadas a valorizar lo históricamente devaluado por ser considerado femenino, pueden verse como momentos sucesivos en el desarrollo del pensamiento feminista y, al mismo tiempo, discusiones de alguna manera superadas. En efecto, se pueden identificar algunas etapas cronológicas fundamentales que van marcando de manera general la sucesión de las reivindicaciones feministas, aunque las superposiciones son bastante comunes. El reconocimiento de iguales derechos ha constituido claramente una de las primeras y más importantes luchas feministas, pero que en ningún momento ha socavado los “principios reguladores” de las sociedades liberales decimonónicas (y posteriores). Se aspiraba, más bien, a una inclusión en ellas, a partir de un reconocimiento como sujetos de derechos, sin llegar a proponer, por lo general, un cuestionamiento del modelo social vigente. Tal vez, verse reconocidos como interlocutores sea un paso previo de cualquier lucha social y, sin embargo, el igualitarismo supone ciertas limitaciones, al menos tantas como la defensa de identidades “diferentes” fijas y esencializadas. De hecho, los dos procesos han ido a menudo entrelazándose en distintos movimientos, proclamando el *orgullo* (negro, gay, o más recientemente transexual, intersex, *queer*, por ejemplo) y al mismo tiempo la no discriminación social.

La interpretación institucionalizada de la “igualdad” ha tenido casi siempre graves efectos colaterales. En el ámbito de los derechos de las mujeres, sigue siendo muy pertinente la crítica planteada por Luce Irigaray (1992: 17), probablemente una de las teóricas feministas francesas de la diferencia sexual más conocidas:

Reclamar la igualdad, como mujeres, me parece la expresión equivocada de un objetivo real. Reclamar la igualdad implica un término de comparación. ¿A qué o a quién desean igualarse las mujeres? ¿A los hombres? ¿A un salario? ¿A un puesto público? ¿A qué modelo?

La insuficiencia de la estrategia de la igualdad, a partir de la constatación de la no neutralidad del orden social y simbólico, conduce a la autora, sin embargo, a una idealización de un supuesto pasado gineocrático y de valores “femeninos” como el respeto por la naturaleza y la vida, que si bien contribuyen a una afirmación positiva, es decir, no en términos negativos (con respecto a un otro hombre, blanco y heterosexual), del sujeto Mujer (como categoría analítica) y de las mujeres (empíricas), se muestra incapaz de salir de una incómoda dicotomía. Uno de los méritos de este tipo de análisis es el de reclamar derechos específicos para *ellas*, además de cambios lingüísticos y culturales generales, a partir de sus condiciones vitales reales. Irigaray utiliza la noción de “derechos sexuados” (*id.*: 79-89), una noción bastante más amplia que la de derechos sexuales y reproductivos, siendo aplicada a diversas esferas de la vida social de las mujeres. Por otra parte,

considera del todo inadecuados los cambios fomentados por las políticas de igualdad, que tacha de “deformación sistemática de la voluntad femenina [feminista]”, y de representación de esta voluntad “falsa, aunque aparenta ser *verosímil*, porque se adecua a los paradigmas dominantes en todos los campos [...]” (*id.*: 94).

Las contradicciones de Irigaray, su intención de superar la universalidad masculina o falocéntrica¹³, a través de una afirmación estratégica de la diferencia sexual, que resulta incapaz de evitar un desliz esencialista, son en parte el reflejo de un momento histórico específico. Varias autoras coinciden, con diferentes matices (Narotzky 1995, Méndez 2007, Braidotti 2004, Ortiz 2006)¹⁴, en distinguir tres fases, no necesariamente secuenciales, en los desarrollos teóricos feministas, a saber: crítica del sesgo androcéntrico, lo que conlleva una reivindicación de la incorporación de las mujeres a la sociedad, a la cultura y a la historia, a través de una revisión crítica de los estudios sociales; reconstrucción del conocimiento a partir de tradiciones culturales de mujeres (particularmente en el trabajo de las historiadoras feministas), lo que coincide con una defensa de la diferencia sexual, que da lugar, por ejemplo, a las corrientes de *écriture feminine*, pero también a conceptos como el de “sexo social” o de “género” (en ámbito francés y anglosajón, respectivamente); la elaboración de marcos epistemológicos más generales, en parte gracias a las críticas de feministas negras, chicanas, lesbianas, o de contextos culturales no occidentales (críticas poscoloniales), y de colectivos gays, transexuales e intersexuales, que denuncian importantes limitaciones y ausencias.

Así, el énfasis en la igualdad y, posteriormente, en la especificidad biocultural de las mujeres, va cediendo el paso a otras cuestiones y a elaboraciones teóricas de más amplio alcance. Se asiste a un desplazamiento del debate hacia las sexualidades y corporalidades, que si por un lado no es nuevo en el ámbito de las teorías feministas, por otro lado ha ido adquiriendo nuevos matices. En primer lugar, se ha ido afirmando una visión más compleja, en la que la intersección entre diferentes ejes de discriminación (la raza, la clase, la etnia, el sexo-género, la orientación sexual, la discapacidad, la edad, entre otros) va articulando las relaciones de poder, determinando así un control o acceso

¹³ En palabras de Braidotti (2004: 189): “Este término se refiere al hecho de que, en Occidente, pensar y ser coinciden de tal manera que hacer consciente es coextensivo con la subjetividad: este es el vicio logocéntrico. También se refiere, con todo, al persistente hábito que consiste en referirse tanto a la subjetividad como a todos los atributos claves del sujeto pensante en términos de masculinidad o virilidad abstracta (falocentrismo). La suma de los dos da como resultado el impronunciado pero altamente efectivo falocentrismo”.

¹⁴ Susana Narotzky y Teresa Ortiz de alguna manera consideran la introducción del género como categoría analítica como el momento culmen de las teorías feministas (al menos en el ámbito de la antropología e historiografía feministas), distinguiendo entre el uso de “Mujer” como categoría analítica universal e indiferenciada, el plural “mujeres” como sujeto colectivo y múltiple, y el concepto de género como construcción socio-cultural. Sin embargo Lourdes Méndez y Rosi Braidotti introducen los desarrollos postestructuralistas y posmodernos, y delimitan la importancia del “género”, la primera incidiendo en el olvido autorreferencial típicamente estadounidense de nociones como la de “sexo social”, utilizada por varias autoras francesas ya en los años setenta; la segunda llegando a plantearla como una “vicisitud del *idioma inglés*, una noción que tiene muy poca o ninguna relevancia para las tradiciones teóricas en las lenguas romances” (2004 [1994]: 79).

diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos. En segundo lugar, la atención se ha ido moviendo desde los marcos normativos o normativizantes hacia la ambigüedad de los procesos de subjetivación.

Y sin embargo, la superación del debate entre “igualdad” y “diferencia” parece ser solamente ilusoria, pudiéndose interpretar más bien como un debate inconcluso. Su vigencia emerge como evidencia aplastante en el trabajo de campo, entre, por un lado, las contradicciones vividas por las madres en sus carnes, a menudo atribuidas al hecho biológico de tener hijos y, por otro, una identificación recurrente del feminismo con la consecución de una supuesta igualdad de derechos en el plano laboral. Tanto desmarcar las características biológicas de los significados y valores que se les atribuyen y de las tareas que se les asocian, como denunciar la insuficiencia de planteamientos de igualdad que no producen cuestionamientos de fondo del sistema social, económico y político, atraviesa las reflexiones feministas sobre maternidades desde los años 70 del siglo pasado hasta hoy. Se trata, por lo tanto, de cuestiones repetidamente debatidas, pero no resueltas a nivel social, aunque ya ocupen un lugar más que secundario en la reflexión teórica feminista. Se retomarán algunas de ellas más detenidamente.

De momento resulta imprescindible examinar algunas claves para una lectura más compleja del binomio igualdad/diferencia, así como de los demás binomios enumerados en el título de este epígrafe. Para ello, se recurrirá principalmente al pensamiento de una autora de origen italiano y formación filosófica: Rosi Braidotti.

En el marco de las reflexiones desarrolladas por Braidotti (2003 y 2004), a través de lo que ella misma define como “materialismo corporal”, la diferencia (no solamente sexual) deviene el lugar desde donde mirar, no una *diferencia de*, sino una *diferencia para*, una diferencia afirmativa, estratégica y proactiva. Se revela así la dimensión epistemológica y también ética de su proyecto feminista, en la voluntad de producir y poner en práctica conocimientos y valores alternativos a los socialmente hegemónicos, pero evitando mantener una medida de comparación y de enfrentamiento francamente insostenible, principalmente por su falta de concreción: la del hombre como referente único, universal y monolítico. Su invitación a una teoría crítica y creativa es también una llamada a superar los dualismos y a explorar nuevos caminos.

En particular, su pensamiento se hace especialmente atractivo para poder seguir hablando de maternidad y de madres. La desaparición de las mujeres (heterosexuales) de muchos de los debates feministas más recientes, en primer lugar sobre sexualidades, hace bastante complicado enfocar temas como el embarazo, el parto y el posparto, en sus dimensiones corporales, eróticas, emocionales, sexuales. Si se puede coincidir con Braidotti (2003: 45) en que la tarea de reinscribir la sexualidad en la agenda feminista ha sido asumida por (y dejada a) gays, lesbianas y activistas *queer*, introducir debates

alrededor de partos desmedicalizados conlleva inevitablemente volver a una sexualidad en principio no transgresora, por procreativa, materna y que además se beneficia escasamente de las nuevas tecnologías reproductivas. Y sin embargo, y al mismo tiempo, devolver la dimensión sexual a unos procesos que vienen siendo gestionados en gran medida desde el ámbito médico y experto, constituye de por sí un acto transgresor. En este sentido, retomar la teoría de la diferencia sexual, algo que en primera instancia parecería ya superado (*id.*: 136), pero en clave braidottiana, es decir, no como esencia sino como proyecto, permite resignificar la repetida referencia a lo “femenino” a lo largo del trabajo etnográfico; dar cuenta de maternidades de mujeres heterosexuales, blancas, europeas y por lo general con un nivel formativo medio-alto, y sin embargo no normativas; y aventurarse hacia los lenguajes imaginativos del parto en casa. Constituye un reto y al mismo tiempo una herramienta increíblemente útil, que se empleará con cierta dosis de “deslealtad conceptual” (*id.*: 146), la que Braidotti reivindica al acercarse a Deleuze, y que aquí se necesita para aprovechar de las ventajas de un pensamiento feminista “sucio”, al que por otra parte la misma autora exhorta (2004: 103).

Resulta imprescindible, entonces, detenerse en algunas cuestiones, para aclarar ciertos conceptos fundamentales de su construcción teórica. Evidentemente, no se pretende proceder a una revisión exhaustiva de su obra, sino adoptar un ángulo de su análisis, que parece particularmente pertinente para este trabajo.

Al centrarse en la diferencia sexual, Braidotti se muestra absolutamente consciente de los riesgos que ello implica, de la posibilidad de malentendidos, y, por lo tanto, de la necesidad de puntualizaciones. Así vuelve una y otra vez, por un lado, sobre la creación histórica de las diferencias a un nivel social normativo, incidiendo en que éstas asumen un preciso significado en el momento en que se les atribuye valores específicos y jerarquizados; y por otro, sobre la voluntad de no abandonar el concepto de diferencia, dejándolo en manos de los discursos hegemónicos, precisamente por su importancia y su riqueza. Si el énfasis en la sexualidad, a través de diferentes formas de control y disciplinamiento, parece determinante en la historia occidental, y también un consenso en las ciencias sociales, al menos a partir de Foucault, aceptar una disolución de las identidades sexuales en pro de una neutralización de las dicotomías, aunque sea una propuesta indiscutiblemente estimulante, puede convertirse en “un camino teórica e históricamente peligroso para las mujeres” (*id.*: 166). Braidotti no rehuye de las paradojas, al contrario considera una responsabilidad histórica y política hacerse cargo de las evidentes contradicciones entre reunirse alrededor del significante “mujer” como movimiento político (feminista) y al mismo tiempo deconstruirlo y multiplicarlo. Reconocerse en una posición simbólica común no implica que las mujeres sean todas iguales. Al contrario, la crítica feminista ha permitido un análisis crítico del concepto “mujer”, tanto en su oposición dicotómica al varón, desenmascarando las

ideologías sexuales implícitas en construcciones naturalizadas como la del dimorfismo sexual (cf. Ortiz 1999c, Stolcke 2011), como para visibilizar la no unitariedad del sujeto mujer (a partir, sobre todo, del “feminismo negro” y de las perspectivas postcoloniales)¹⁵. Aceptar “el nudo de contradicciones que rodean el tema de la diferencia” (id.: 88) emerge entonces como única posición posible para una feminista europea. Desechar completamente el significante “mujer” en favor de estructuras multisexuadas para Braidotti no es la solución, y en esto es categórica: “no puede abandonarse [...] de modo meramente volitivo” (id.: 197). Y no puede abandonarse no por razones biológicas sino histórico-culturales.

En definitiva, se trata de no negar la diferencia, a partir del reconocimiento de su puesta en acto sociocultural, de su afirmación no inocente, es decir, de su íntima conexión con poderes de tipo foucaultianos (cf. siguiente apartado). Si las diferencias adquieren sentido en el momento en que están organizadas por el discurso, son los “discursos que cuentan”, en el caso que nos atañe los científico-médicos, los que establecen lo normal y normativo. Es precisamente a partir del reconocimiento de los lazos con el poder, de la violencia implícita en la demarcación de las diferencias, que propone resignificarlas, asumirlas como proyecto político creativo. La diferencia sexual, aunque se reconozca la intersección con otras diferencias, es su punto de partida por y en su contexto de trabajo, por el peso que se le ha atribuido a nivel institucional y en el desarrollo del pensamiento europeo. Por tanto, recuperar, rescatar la diferencia, elaborar contramemorias, jugar con las estrategias miméticas, el hacer *como si*, es decir, colocarse en un lugar simbólico como lugar colectivo en el que se actúa *como* mujeres, aceptando el significante pero no el significado común de este término, es la vía recorrida por esta autora. Así, su interpretación de los saberes situados es también temporal, siendo conceptualizada como construcción de contramemorias (Braidotti 2004: 85):

[...] propuse interpretar la noción de saber «situado» o de «política de localización» no sólo en términos espaciales (clase, etnia, etc.), sino también como una noción temporal. Ello se relaciona con la contramemoria, con la aparición de pautas alternativas de identificación, de recuerdos [...].

La autora aclara, en otro punto del texto, el significado de las genealogías, que entiende como legado simbólico, como “escala acumulativa de mujeres incardinadas y embebidas de experiencia” y “activadas políticamente como contramemorias” (id.: 197). En oposición abierta al proyecto feminista liberal, que produce una desactivación de las diferencias, anulando así el sujeto colectivo mujeres, la propuesta de Braidotti abre nuevos espacios, que resisten creativamente a la “colonización falocéntrica” del imaginario. No se cae en ninguna glorificación nostálgica o esencialista de lo

¹⁵ Para una introducción a las contribuciones del pensamiento feminista negro, mestizo y postcolonial, se remite a una recopilación de textos de distintas autoras, cuyo título es de por sí una declaración de inconmensurabilidad con narrativas que pretendan ser universales, “puras”, no contradictorias: “*Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras*” (2004).

femenino, pero se pretende representar subjetividades alternativas y devolver legitimidad a las mujeres como sujetos. En la medida en que las diferencias entre hombres y mujeres no han desaparecido, sino que siguen funcionando, más vale un devenir mujer como afirmación de contravalores y como proyecto político, que fingir una disolución de las diferencias.

La diferencia sexual, así como su deconstrucción y reconstrucción continuas, devienen también determinantes para la comprensión de “mi” campo de trabajo. Parafraseando a Braidotti, se podría afirmar que sus teorizaciones se muestran conceptualmente adecuadas y políticamente convenientes para encuadrar el contexto social específico del parto en casa, y de las mujeres y hombres que actúan en él, priorizando elementos culturalmente infravalorados. En efecto, hablar de igualdad vs diferencia pierde todo sentido al plantearse la diferencia radical como proyecto común, que reconoce en lo históricamente devaluado como femenino un fuerte potencial político, sosteniendo la necesidad de reapropiarse de la noción de diferencia sexual, liberándola de los “nudos de poder y violencia que acompañaron su ascenso a un lugar de supremacía en la mente europea” (*id.*: 89), y planteando un *devenir mujer* que evidentemente va más allá de las mujeres en carne y hueso. Lo contradictorio y polémico de esta noción (la de diferencia sexual) no implica necesariamente abandonarla. Al contrario, su importancia invita y casi obliga a utilizarla y replasmarla, intentando estar a la altura de la intensa tensión conceptual que produce en el pensamiento feminista. El rechazo de una diferencia dicotómica y esencializante, entonces, no se traduce en un rechazo *tout court*, sino en una propuesta de diferencia afirmativa, múltiple e *in fieri* o sujeta a cambios. Aplicar estas propuestas a un contexto social específico, sin caer en un subjetivismo extremo y estéril (al menos desde un punto de vista antropológico, pero también para evitar individualizar cuestiones de más amplia relevancia socio-política), es un reto difícil pero a la vez tentador.

Naturaleza y cultura

Descifrar otro binomio común en la reflexión sobre sexos, a saber, el de naturaleza/cultura, permite avanzar también en el manejo de las herramientas conceptuales que ofrece esta pensadora. Al recuperar las reflexiones de las teóricas francesas de la diferencia sexual de los años 80 y 90 del siglo pasado, Braidotti toma distancia de una supuesta naturaleza femenina, sea ésta biológica o psicológicamente definida, utilizada en favor o en contra de las mujeres. En efecto, el movimiento feminista ha contribuido desde sus inicios a desmontar los supuestos ilustrados de la inferioridad natural de las mujeres, mostrando su construcción socio-cultural. Y sin embargo, la retórica de lo natural, en particular referida a la maternidad, y a la identidad materna como base y núcleo de las subjetividades de las mujeres, la insistencia en una naturaleza “femenina y materna”, que oscurece su dimensión

cultural, a través de consideraciones psicológicas supuestamente universales, ha impregnado reiteradamente las reflexiones feministas. Como señalaba Donna Haraway (1995 [1991]: 227): “[...] la «naturaleza» o el «cuerpo femenino» significan demasiado fácilmente el núcleo salvador de la realidad distinguible de las imposiciones del patriarcado, del imperialismo, del capitalismo, del racismo, de la historia y del lenguaje”. Lejos de resolverse, esta contradicción básica entre negar una naturaleza femenina inferiorizada, y volver a ella exaltándola, ha producido una escisión entre posturas encontradas, a lo largo de la breve historia feminista. La maternidad se interpreta así, alternativamente, como sitio de resistencia, o lugar de inevitable subordinación al que hay que, en la medida de lo posible, sustraerse. En este último caso, evitar tener hijos, hacer amplio uso de tecnologías biomédicas, delegar a figuras expertas la responsabilidad del propio parto, externalizar la crianza, son algunas medidas para, en teoría, salir de la esclavitud materna, de este *cautiverio* impuesto culturalmente y tan ingeniosamente descrito por Marcela Lagarde (2001 [1990]).

Con todo, las aportaciones feministas han resultado fundamentales para el reconocimiento de la importancia de la reproducción para la vida y para el análisis social, invitando a, y a la vez iniciando, su estudio, en los años 70 del siglo XX. Al denunciar el sesgo androcéntrico y etnocéntrico de los trabajos etnográficos desarrollados hasta la fecha, y la consiguiente omisión o escasa consideración de determinados temas, se abrieron nuevos espacios para la investigación y para el debate. Dentro de la enorme variedad de contribuciones y propuestas teóricas, me limitaré a citar una cuestión que ocupó un lugar importante en los debates europeos y norteamericanos de la época, y que resulta de especial interés a la hora de subrayar la centralidad del binomio naturaleza/cultura para la maternidad. Preguntarse por el origen y los motivos de las desigualdades entre hombres y mujeres constituyó un núcleo de reflexión de cierta relevancia, que merece la pena examinar, y en el que “la madre” es clave por al menos dos razones.

La primera se debe a que, al indagar en el origen de situaciones profundamente desiguales entre hombres y mujeres, se retomaron las teorías evolucionistas en auge en el siglo anterior¹⁶, para volver a plantear la hipótesis de sociedades matriarcales primitivas, en las que las mujeres habrían detentado poderes políticos y religiosos, justamente en virtud de su capacidad reproductora. Fue un intento de construir una historia alternativa (Harris y Young 1979), y representó también una respuesta a un “renovado interés del público” (Bamberger 1979 [1974]: 63) por estos temas. La hipótesis del matriarcado, o de las sociedades maternas, como estadio evolutivo en el que dominaban las mujeres y/o que se caracterizaba por una organización más igualitaria, retomada de Bachofen, y de dudosa

¹⁶ Nos referimos a los debates entre hipótesis matriarcalistas y patriarcalistas, que parten fundamentalmente de dos textos escritos en el mismo año, el 1861, por el jurista suizo Bachofen (*Das Mutterrecht*) y por el jurista inglés Maine (*Ancient Law*).

validez histórica, quedó finalmente descartada en antropología. No solamente se insistió en la absoluta ausencia de pruebas sobre fases históricas caracterizadas por posiciones de mando de las mujeres, definiendo esta tesis “sugestiva” y “poco plausible” (Rosaldo 1979 [1974]), o afirmando que sólo podía ser objeto de conjeturas (Bamberger 1979 [1974]), sino que se llegó también a poner en duda la existencia de sociedades igualitarias pasadas o presentes (Tabet 1979). Esto no impidió seguir analizando el matriarcado como mito, con finalidades específicas según momentos y contextos.

La segunda razón por la que “la madre” fue clave, descansa en la repetida identificación de la maternidad como motivación cultural (y no biológica) de la universal subordinación de las mujeres. Se pasó, así, de un determinismo biológico, impermeable a cualquier análisis sociocultural, que había permitido liquidar con pocas o ningunas palabras muchas de las actividades de las mujeres, y considerar por tanto su situación inmutable, a explicaciones de carácter cultural. Pero, aún separando lo materno de lo “natural”, se siguió prestando una atención excesiva y exclusiva a la maternidad como motivo fundacional de la subordinación de las mujeres. Al hacerlo, también se proyectaban situaciones propias de “nuestras” sociedades, por ejemplo la división entre espacios públicos y domésticos (es el caso de Rosaldo 1979 [1974]), sobre otros contextos. El “rol de madres” y las tareas y responsabilidades de la crianza habrían producido, por tanto, una organización social y una división del trabajo diferenciada según el sexo, y que valorizaba mayormente las actividades “masculinas”.

La insuficiencia de estas interpretaciones, como ya señalaban Juteau y Laurin (1988), se debería precisamente al haber subestimado otras dimensiones de la opresión, no ligadas en absoluto a la esfera del trabajo doméstico y de la crianza. Al insistir en las diferencias entre hombres y mujeres, además, sean éstas naturales o culturales, estos análisis se demostraron en gran medida incapaces de dar cuenta de las relaciones y de los conflictos sociales. Solamente al pasar de una preocupación por el *origen* y la *descripción* de roles desiguales entre hombres y mujeres, a preguntarse por *cómo actúan* los mecanismos de poder y cómo el sexo se relaciona con otras variables de opresión, se llegará a elaborar análisis más complejos y políticamente más relevantes, centrados en nociones activas de dominación, en lugar de en nociones estáticas de jerarquías y desigualdades (Mathieu 1991 [1989]). En este sentido, las hipótesis culturalistas, al igual que las biologicistas, reproducen un determinismo que ya no es sostenible, si es que en algún momento lo ha sido. Hablar de natural y/o de cultural como dimensiones antitéticas es una contradicción histórica, fruto básicamente de teorías eurocéntricas. Sobre todo, la definición de naturaleza y de cultura, y su relación, va cambiando en el tiempo y en el espacio. Revelador a este propósito es el estudio de Elly Terman (2003) sobre maternidades “de alquiler” en Israel, donde emerge una asociación del material genético con la maternidad “natural” y “verdadera”, mientras que el útero se interpreta como mero contenedor, como artificio que no mantiene ninguna conexión entre feto y madres “falsas”. Las madres que ofrecen sus cuerpos para la reproducción

asistida, así, se identifican y autoidentifican como artificiales, mientras que el instinto materno se atribuye a las propietarias de óvulos. En definitiva, la articulación entre naturaleza y cultura necesita ser constantemente repensada (Méndez y Mozo 1999), a partir de la evidencia de que ni el embarazo, ni el parto, ni el nacimiento, ni ningún otro aspecto de la vida humana puede entenderse como exclusivamente natural o cultural.

Algunos conceptos utilizados en antropología médica como el de *culture-bound syndromes* o síndromes dependientes de la cultura, mundos morales locales (Kleinman y Kleinman 2006 [1991]), *local biology* (Gaines y Davis-Floyd 2003, Lock 2001) han pretendido, de diferentes formas, dar cuenta de esta especificidad, apostando por interpretaciones bioculturales, e intentando superar, en modos más o menos conseguidos, una separación que no es de ninguna manera universal. La visibilización de la historicidad de la dicotomía no es suficiente, y tiene que hacer frente a una falta de herramientas teóricas y conceptuales.

En todo caso, tanto los debates sobre un matriarcado originario, y su desmontaje definitivo y compartido, como las reflexiones sobre la asociación cultural de las mujeres con lo “más natural” (Ortner 1972, Guillaumin 1978), siguen ofreciendo observaciones muy acertadas y ciertamente sugerentes para *nuestro* contexto, y muy especialmente para las corrientes no medicalizadas en la asistencia al epp. En particular, la idea de una fase histórica gineocrática en la que se celebraban cultos a la fecundidad, a la fertilidad, a la tierra, y a la diosa Madre ha sido desarrollada más recientemente por una escritora como Casilda Rodrigañez (2006, 2010), referente para algunas de las madres que han optado por parir en casa y autora de una crítica feroz y muy atinada a la desexualización psicosocial de lo materno. Algunas conexiones, superadas en la teoría antropológica feminista, siguen activas en la práctica social, y parecen reproducirse incansablemente¹⁷. Se delinear, como siempre, caminos de idas y vueltas entre prácticas sociales y teorías socioantropológicas. Si por un lado, las definiciones y reflexiones de grupos sociales, sobre todo activistas, han inspirado en distintas ocasiones a la ciencias sociales (*cf.* Mathieu 1991 [1989]), por otro es bastante común el empleo de herramientas teóricas originadas y superadas en un ámbito disciplinario específico, por parte de sectores sociales no expertos. Así, los actos de concebir, gestar, parir, amamantar se siguen considerando máxima expresión de la naturaleza, aún en una época en la que la tecnología impregna la vida cotidiana, obligando a redefiniciones constantes.

¹⁷ Parece muy pertinente, a este propósito, la reflexión de Donna Haraway (1995: 242-243) sobre la persistencia, fuera de los círculos académicos, de determinadas elaboraciones teóricas que son el reflejo de momentos históricos particulares: “Conforme la antropología feminista se separaba de sus formulaciones iniciales, continuaba no obstante la persistencia en gran parte del discurso feminista fuera de los círculos disciplinarios antropológicos, como si las posiciones de mediados de los setenta fuesen permanentemente la teoría antropológica feminista que creaba autoridad, en vez de un nudo discursivo en un momento político-histórico-disciplinario específico”.

Ideal y material

Admitiendo, con Joan Scott (1990 [1986]: 55) que las de “hombre” y “mujer” son al mismo tiempo categorías vacías y rebosantes, sin significado último y que, sin embargo, contienen definiciones alternativas negadas, nos queda visibilizar los procesos normativizantes que conducen a definiciones aparentemente estables, pero también, una vez hecha pedazos la estabilidad, dar nuevos y creativos usos a estas categorías. De la misma manera, ya que nos seguimos reproduciendo y siguen existiendo mujeres que se embarazan, paren y amamantan, urge repensar la maternidad, y leerla con unas gafas feministas, impidiendo que éstas se reserven solamente al análisis de las “nuevas maternidades” fruto de las tecnologías reproductivas (NTR) y de los flujos transnacionales de adopción. Para ello parece indispensable comprometerse en un diálogo entre lo ideal y lo material, las representaciones y las prácticas, las diferentes visiones sobre el parto en casa, en este caso, y las vivencias corporales, pero también entre aspectos macrosociales y microcontextuales, y entre cultura y economía política. Se trata de hacer visible esta imbricación entre diversas dimensiones que, si emerge como necesidad en las producciones antropológicas más recientes, surge como un grito, una exigencia imperiosa, una evidencia demasiado tiempo encubierta, en el movimiento feminista, que parte precisamente de experiencias cotidianas y personales para elaborar reflexiones más generales, y de la materialidad de los cuerpos, para plantear cuestionamientos sistémicos.

En efecto, la separación entre ideal y material, y entre cultura como representación o como construcción de la realidad social, marca buena parte de los estudios antropológicos, que privilegian unos u otros de los aspectos, según el tipo de enfoque utilizado. Superar esta distinción artificial en los análisis, o al menos, mantener la distinción analítica pero visibilizando la relación dialéctica, se puede considerar uno de los grandes retos de la antropología, además de una especie de consenso en las revisiones de antropología médica (Pizza 2005a, Martínez-Hernández 2008), y en las perspectivas feministas en antropología (Moore 2006, Narotzky 1995, Méndez 2007, del Valle (ed.) 2000, Stolcke 2010).

Así, una de las contribuciones etnográficas más interesantes (y más polémicas) sobre las experiencias de maternidad, la de Nancy Scheper-Hughes (1997), se caracteriza por la capacidad de incorporar múltiples dimensiones, cuestionando, a partir de un caso etnográfico concreto, la universalidad del amor materno, del vínculo inmediato materno-filial y de teorías psicológicas elaboradas en contextos socioculturales específicos. Su objetivo es mostrar cómo creencias, sentimientos y prácticas maternas inciden en la supervivencia infantil en el Alto do Cruzeiro (Brasil), pero también cómo éstas están íntimamente ligadas a la situación de hambre y pobreza crónica de las *favelas*. Consciente de la

incomodidad producida por todo lo que amenaza “nuestras concepciones culturales sobre lo normal y lo ético” (*id.*: 341), pretende ilustrar cómo “el contexto económico, político y cultural da forma a las emociones” (*id.*: 329), entrelazando el relato de experiencias personales y familiares con la descripción de las condiciones sociales más generales, las interpretaciones culturales con las condiciones de existencia compartida, las categorías psiquiátricas (sobre el duelo por la muerte infantil) con las representaciones locales. Su trabajo tiene, además, el mérito de no ocultar la presencia de la antropóloga en el campo. Al contrario, Scheper-Hughes reflexiona sobre sus propios prejuicios culturales, haciendo hincapié en el cambio de actitud y de perspectiva teórica producido por su implicación personal en la supervivencia de un niño “débil”¹⁸.

En línea con las reflexiones feministas, se asume, por tanto, que los cambios conceptuales son *siempre* también materiales, que lo cultural es inseparable de otras dimensiones, y que hablar de teoría y de praxis es, por consiguiente, una falsa antinomia (Moore 2006). O, en palabras de Haraway (1995 [1991]: 125) que “los hechos están cargados de teoría”.

Retomando, una vez más, a Rosi Braidotti, la profunda interrelación entre material e ideal, entre lo simbólico y lo social, no puede postergarse más en toda elaboración feminista. La misma “separabilidad de la separación” (Braidotti 2004: 99), es decir, su pensabilidad, sólo puede entenderse como efecto de un sistema social y de pensamiento específico, se quiera denominar patriarcado, como ella hace, o legados de la Modernidad ilustrada (Moreno 2011). Perpetuar tal desconexión ya no es practicable, en la medida en que se ha puesto de relieve que el campo social es coextensivo de las redes de poder y conocimiento, en las que se intersectan estructuras simbólicas y materiales (Braidotti 2004).

Visibilizar las interrelaciones

Los debates presentados en este epígrafe resultan claramente vinculados entre sí. Proceder por parejas dicotómicas ha producido asociaciones históricas en el pensamiento occidental que, en lo que interesa aquí, podemos resumir en la siguiente fórmula¹⁹: la mujer es al hombre, como lo femenino es a lo masculino, como la naturaleza es a la cultura y como lo material es a lo ideal (mujer : hombre = femenino : masculino = naturaleza : cultura = material : ideal). Esto quiere decir que, no solamente las mujeres se han opuesto a los hombres, lo masculino a lo femenino, y así

¹⁸ Sus repetidas estancias en el campo cubren un arco temporal bastante amplio, que va de los años 60 a los 80 del siglo pasado, produciendo importantes cambios de perspectivas, a partir de su propia experiencia. En particular, su insistencia por adoptar y suministrar cuidados intensivos a un niño que se consideraba destinado a morir, la llevó a replanteamientos sobre la validez universal de su noción de amor (materno) y de muerte.

¹⁹ Se retoma, en esta formulación, el notable y polémico artículo de Sherry Ortner (1972): “Is female to male as nature is to culture?”.

sucesivamente, sino que se ha considerado a las mujeres y a lo que se ha definido como femenino, como más próximo a la naturaleza y a lo más material; mientras que se ha atribuido a los hombres la producción cultural y la elaboración de ideas.

Estas asociaciones, ampliamente denunciadas por la crítica feminista y, en gran parte, ya evitadas en los trabajos antropológicos contemporáneos, se resisten, sin embargo, en las representaciones comunes de la maternidad. La interrelación entre distintos niveles de análisis, no obstante, muestra una mayor complejidad, en la que cohabitan distintos argumentos, a veces contradictorios. Un estado de alerta constante, que parte de reflexiones previas y de un bagaje feminista, permite tanto señalar eventuales deslices esencialistas como evitar interpretaciones unidireccionales y simplistas. Por último, cabe señalar que las cuestiones tratadas a partir de lecturas feministas, y sobre todo a través de las contribuciones teóricas de la filósofa Rosi Braidotti, constituyen también debates antropológicos fundamentales. De hecho, las claves epistemológicas propuestas resultan en gran medida compartidas con muchos trabajos de antropología médica, en un desarrollo que es en parte paralelo, y en parte entrelazado.

Los debates entre igualdad y diferencia cultural, entre naturaleza y cultura, entre idealismo y materialismo permean las reflexiones antropológicas, dando lugar a diversas aproximaciones al trabajo de campo y distintos enfoques teóricos. Los intentos de superar tanto posturas universalistas como relativistas; de visibilizar la reciprocidad de la relación entre natural y cultural así como su redefinición continua; de plasmar en elaboraciones teóricas adecuadas la relación dialéctica y, en definitiva, la inseparabilidad entre ideal y material, representan desafíos metodológicos y conceptuales. Al mismo tiempo, trabajos etnográficos que demuestran haberlo conseguido constituyen una preciosa referencia y una valiosa herramienta, mostrando posibles caminos a recorrer (*cf. infra*, epígrafe 2).

1.2. Biomedicina: poderes moleculares y aparatos de gestión

La convergencia entre las críticas feministas y los desarrollos teóricos de la antropología médica es particularmente evidente en el análisis de los efectos de las definiciones y técnicas biomédicas en la vida cotidiana. Los procesos de medicalización, evidenciados en la reflexión antropológica, al menos a partir del uso de herramientas de análisis análogas a las utilizadas para otros sistemas de atención, para aplicarlos a la biomedicina, resultan dramáticamente evidentes en la esfera reproductiva y en el ciclo vital de las mujeres. Es por ello, que el movimiento feminista, ya en los años 70 del siglo pasado, denunció la medicalización intensiva del ciclo sexual-reproductivo de las

mujeres, su transformación en fases patológicas que necesitan de ayuda farmacológica o control tecnológico. Empezando con la menarquía, pasando por el embarazo y el parto, y siguiendo con la menopausia, la creación de síndromes específicos, el suministro de tratamientos hormonales, los controles prenatales, la asistencia hospitalaria al parto, entre otros ejemplos posibles, han ido incorporando paulatinamente al campo biomédico cuestiones en principio extrañas a él. Han contribuido, por otra parte, a la creación reactiva y afirmativa de colectivos feministas de “autoconocimiento” corporal y grupos de autogestión de la salud, que reunían a mujeres en búsqueda de soluciones concretas a sus problemas diarios y no dispuestas a delegar sus vidas en manos expertas²⁰.

La medicalización es, precisamente, uno de los procesos a través del cual se ha ido consolidando la biomedicina²¹ como sistema de atención a la salud en las sociedades occidentales, conquistando cada vez más espacios de la existencia social. La consideración de problemas sociales como el hambre, la violencia contra las mujeres, el alcoholismo, la vejez, la mortalidad materna e infantil como problemas médicos, oculta su multicausalidad y funciona también como coartada a la hora de buscar soluciones. Las intervenciones técnicas inmediatas sustituyen a otro tipo de intervenciones, que implicarían cambios político-económicos sustanciales. La denuncia de las consecuencias de la medicalización no es ciertamente nueva, aunque sí lo son las formas que ésta asume, en su difusión extrema, que compagina técnicas que actúan sobre los cuerpos a un nivel microscópico con la promoción de cambios de conductas y estilos de vida. En los párrafos que siguen a continuación nos detendremos en los desarrollos teóricos de este concepto, y en las prácticas cambiantes a través de las que se articula.

En 1976 Ivan Illich escribía *Nemesis Médica*, llegando a la conclusión de que la medicina profesional podía ser útil, a nivel social, solamente si su desarrollo se controlaba colectivamente, de forma tal que no anulase la autonomía de las personas. Para él los sistemas expertos, cuya afirmación relaciona con el modo de producción capitalista, podrían contribuir a la salud sólo en la medida en que ofreciesen herramientas para la autoasistencia y la asistencia mutua, y respetasen los conocimientos “legos”. En favor de un manejo generalizado de los instrumentos para la curación, Illich es probablemente uno de los primeros en denunciar la irreversibilidad de la iatrogenesis,

²⁰ Cabe señalar que el rechazo feminista del control experto no siempre y no necesariamente implica un rechazo de los instrumentos utilizados en ámbito científico-médico, sino una democratización de su manejo y la posibilidad de elegir entre distintas opciones.

²¹ No profundizaré en la definición y en las características de la biomedicina como sistema socio-cultural, para lo que remito a otros autores (Martínez-Hernández 2000, 2008: 44 y 2011, Pizza 2005a, Menéndez 2005). El uso de este término ha prevalecido sobre otros como medicina occidental, alopática o cosmopolita, porque da cuenta de su rasgo estructural principal y distintivo: el biologicismo, o la prioridad conferida a la dimensión biológica en el diagnóstico, en el tratamiento, y como base explicativa supuestamente universal y neutral.

siendo ésta inherente al mismo sistema biomédico. Con iatrogenésis, entiende tres niveles diferentes que pueden también interpretarse como facetas interdependientes de la medicalización. En primer lugar, la “iatrogenésis clínica”, producida directamente por las intervenciones médicas. Pero también, de manera más general, se incluye en esta categoría la administración heterónoma, es decir externa, de la atención, la cual perjudica la capacidad corporal de curarse. En segundo lugar, la “iatrogenésis social” concierne a la reducción a términos médicos de fases del ciclo vital y de problemas de la vida social. En tercer lugar, la “iatrogenésis cultural” es la negación cultural de la capacidad humana para hacer frente a la vulnerabilidad y a las debilidades de forma autónoma, lo que se atribuye principalmente a la confianza generalizada en la técnica y a su desarrollo exponencial. En definitiva, se pone repetidamente el acento en la pérdida de autonomía de personas y grupos y en los efectos alienantes de tales procesos, considerando este relevo de responsabilidad como una pérdida de salud *per se*. La biomedicina se configura entonces, junto con otras instituciones, como un “monopolio radical”, que expropia a individuos y colectividades de su control sobre la vida, inhabilitando “a la gente para hacer y crear cosas por sí misma” (Illich 1984 [1976]: 59)²². En el caso del monopolio biomédico, éste “convierte el cuidado mutuo y la automedicación en delitos o fechorías” (*id.*: 60). En este contexto, la biomedicina *produce* nuevas realidades, redefiniendo los límites de la morbilidad. Su eficacia para aliviar síntomas específicos no implica necesariamente beneficios generales para la salud de la persona. Su éxito no se debe tanto a sus logros técnicos, sino a un poder simbólico adquirido a través de procesos de profesionalización que deslegitiman otros saberes, convirtiendo a la biomedicina en “una religión monolítica mundial” (*id.*: 274).

Este énfasis teórico en los excesos de medicalización, que actúa desde el nacimiento -manteniendo a los recién nacidos en el hospital hasta que no se certifique su estado de salud- hasta la muerte, también médicamente avalada, no hace justicia, sin embargo, a las capacidades de acción de los individuos. El autocuidado como forma primaria de atención, así como el recurso a distintos medios e incluso a varios sistemas médicos, ha sido ampliamente documentado por la antropología, siendo ya una evidencia incontestable. Por otra parte, el fácil acceso a determinados fármacos como las vacunas, integrados en la realidad social y casi unánimemente aceptados, se valora en el texto de forma positiva, como si el mero hecho de poder ser manejados fuera del ámbito institucional, implicase una automática “bondad” para todas las personas. Por último, parece más que discutible la convicción del autor de que el hospital va perdiendo progresivamente importancia, al mismo tiempo que se produce una colonización médica de la sociedad. Al contrario, precisamente la

²² Según Illich, otros ejemplos de “monopolios radicales” serían el sistema educativo, que devalúa el autodidactismo, transformándolo en no empleabilidad, la agricultura intensiva que destruye a la de subsistencia, y los sistemas policiales, que minan las formas de control derivadas de los lazos comunitarios.

progresiva importancia atribuida a y asumida por la biomedicina, contribuye a mantener relaciones jerárquicas entre la asistencia hospitalaria y la atención primaria, la investigación científica y la práctica clínica, los aspectos biológicos y otros aspectos, ocupando el primer término de estos pares una posición claramente privilegiada (*cf.* cap. 3). Con todo, uno de los mayores méritos de Ivan Illich es el de haber visibilizado, con una gran cantidad de ejemplos, la extensión y la intensidad de los procesos de medicalización.

Pero tal vez, el principal referente teórico a la hora de analizar tanto los cambios históricos en la mirada clínica como las formas sutiles y plurales en las que actúa el poder, sea Michel Foucault. Sus escritos han servido de inspiración tanto a estudios de antropología médica, en diferentes geografías académicas, como a reflexiones teóricas feministas en distintos ámbitos. Más allá de su precisión histórica, nos interesa su reflexión sobre la transformación epistemológica, ontológica y técnica de la percepción biomédica (Foucault 1977 [1963], 1990); sobre la multiplicación de los mecanismos de poder y su paso de formas negativas (coercitivas y mortales) a formas positivas (de gestión y regulación) (Foucault 1984 [1976], 1990, 1998 [1981]); y sobre la centralidad que asume la sexualidad como nudo entre dispositivos individuales y medidas masivas de control. Estas tres dimensiones coexisten en el tratamiento biomédico del embarazo, del parto y del posparto, y le dan forma, constituyendo también el terreno de su contestación.

En el *Nacimiento de la clínica* Foucault reconstruye una “arqueología de la mirada médica”, haciendo hincapié en los principios y en los métodos que van caracterizando la anatomía patológica, y en los intereses políticos y sociales que contribuyen a su afirmación, marcando el paso de una “medicina de los síntomas” a una “medicina de los órganos”. Un análisis denso y, en ocasiones, con tintes poéticos, de textos médicos franceses elaborados entre el siglo XVIII y XIX, le permite presentar un camino no lineal, e íntimamente relacionado con cambios políticos-institucionales, que lleva a una transformación profunda en la mirada clínica. El cuerpo, el interior del cuerpo, se hace visible a través de la disección de cadáveres, generando nuevas formas de intervención sobre él. La enfermedad pierde toda connotación metafísica, para hacerse legible al lenguaje y a la mirada médica, en gestos que descubren y describen al mismo tiempo. Nace el “gran mito de una pura Mirada que sería puro Lenguaje: Ojo que hablaría” (1977 [1963]: 165), el fundamento de una neutralidad que se basa, más bien, en la construcción histórica de un isomorfismo entre categorías nosológicas y enfermedades. Participa en este proceso la creación y la resignificación del espacio hospitalario que, de lugar de acogida para personas marginadas socialmente o a punto de morir, deviene el lugar principal de la formación médica y de la experimentación científica.

Es a través de la tecnología hospitalaria que “el individuo y la población se presentan simultáneamente como objeto de saber y de la intervención de la medicina” (Foucault 1990). Aunque la difusión masiva de la asistencia hospitalaria al parto es bastante reciente, entender cómo se originan y afirman las estructuras hospitalarias y cómo contribuyen a lecturas técnico-orgánicas del cuerpo, en las que pierde importancia tanto el síntoma como la experiencia del paciente, se revela de gran importancia para comprender las dinámicas actuales de los controles prenatales, que actúan ya no tanto a un nivel orgánico, sino molecular y genético. Por otra parte, la definición de la enfermedad como “aquello que se encuentra -práctica o teóricamente- medicalizado” en una sociedad determinada (Foucault 1990: 26), permite invertir los términos de la relación: la enfermedad ya no sería lo que necesita de cuidados, sino lo que el sistema biomédico define como necesitado de cuidados; y encuadrar los cambios que se han generado en la visión de los procesos reproductivos. En este sentido, Foucault toma distancia de Illich, al insistir en la inseparabilidad entre saber y poder, entre conocimientos científico-médicos y mecanismos de poder. Para él no se trataría de un éxito solamente simbólico sino de un triunfo que radica en la propia construcción de saber, en el reconocimiento de su validez y en la vinculación con un sistema económico y político. La medicina, por tanto, “no debe ser rechazada ni adoptada como tal, sino entendida como parte de un sistema histórico” (Foucault 1990: 120). Al desmontar el mito de una “ciencia pura” se hace entonces indispensable identificar los vínculos con otras dimensiones sociales en las que está inmersa. Si todo sistema médico puede producir al mismo tiempo efectos positivos y negativos (o iatrogénicos), lo que caracteriza al sistema biomédico es una “investidura de predominio perpetuo y constante” (*id.*: 113), que le confiere una posición privilegiada en la definición de normalidad. En la medida en que el campo biomédico va expandiéndose, sus funciones normalizadoras sobrepasan las categorías de enfermedad y las demandas de las personas afectadas, para abarcar la vida entera. En particular, la biomedicina crea reglas sociales específicas, distingue lo normal de lo anormal, y promete no solamente restituir la normalidad, sino, como se verá, también administrarla. Los cambios ontológicos y éticos producidos, lejos de pertenecer a otra época, van en cierto modo perfeccionándose a través de continuas adaptaciones y reformulaciones que no cambian, sin embargo, el núcleo fuerte de la omnipresencia biomédica. En el momento mismo en que la existencia entera puede leerse en clave médica, desde las medidas higiénicas, a las pautas alimentarias, al seguimiento del embarazo, a la lactancia y crianza “correctas”, al tratamiento “obligatorio” de las enfermedades terminales, por poner algunos ejemplos, todas estas situaciones se configuran también como sitios de resistencia y de negociación²³.

²³ La disidencia se construye siempre, evidentemente, en relación dialéctica con los aparatos normativos.

Foucault no negaba las posibilidades de acción en los intersticios del poder, en un pensamiento rico y en continuo devenir. Sin embargo, los modos históricos en los que opera el poder, están en el centro de sus reflexiones teóricas, atravesando buena parte de su obra, por medios de diferentes ejes temáticos. Así, aplica su método genealógico a diversos objetos de análisis: las instituciones psiquiátricas (1961, 1994a y b), el sistema carcelario (2005 [1975]), los dispositivos de disciplinamiento de la sexualidad (1984 [1976]). Una de sus más fructíferas aportaciones es, como ya se ha señalado, la observación de la estrecha imbricación entre técnicas de saber y estrategias de poder, su articulación mutua y también dinámica, en contra de una visión estática del poder que no da cuenta de desplazamientos continuos, ni de su dimensión productiva. Si bien identifica fases históricas en las que poderes de tipo soberano dan paso a técnicas disciplinarias, no propone una sustitución completa, sino formas que prevalecen a partir de una época histórica determinada (los siglos XVII y XVIII), y complementan las anteriores. Se van afirmando, por tanto, poderes normativos que regulan la vida social, pero no desaparecen los de tipo jurídico-legal. Simplemente, “las mallas del poder” (1998 [1981]) se hacen más densas, más apretadas pero también más refinadas, y, en cierta medida, más amables. Formas heterogéneas de poder van invistiendo individuos, cuerpos y comportamientos, produciendo nuevas “verdades” y subjetividades²⁴. La biomedicina cubre un papel central en este proceso.

Foucault distingue entre formas de disciplina individual -que afectan a los cuerpos y a los comportamientos individuales- y regulación masiva de las poblaciones. Para ello acuña los términos de anatomopolítica y biopolítica (1984 [1976] y 1998 [1981]). Ambas tipologías van a configurar el amplio campo del biopoder o poder sobre la vida, así denominado porque la invade por completo, siendo parte integrante del desarrollo capitalista. Este bio-poder, en efecto, es indispensable a la consolidación del capitalismo, ya que “no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos” (1984 [1976]: 170). Los cambios en las técnicas de poder, en definitiva, se han hechos necesarios en el capitalismo, pero también han permitido su desarrollo.

Esta pretensión de control sobre cuerpos individuales y sociales se realiza no solamente por medio de un sistema de producción que prevé y se basa en la venta de la fuerza de trabajo, sino también a través de la introducción del cuerpo humano en el mercado a través del consumo médico. La diversificación de la oferta médica, si no produce mejoras generales en las condiciones de salud,

²⁴ Sobre la cuestión de la “producción de la verdad” véase Foucault (1994a). Sobre la dimensión médico-legal de la definición de subjetividades normativas, resulta emblemático el debate entre psiquiatras y juristas, suscitado por la necesidad de establecer criterios y fronteras entre “locura” y “criminalidad”, individuos que necesitan asistencia médica y sujetos que deben ser encarcelados (Foucault 1994b).

actúa en cambio como poder continuo, atómico, individualizante. Se trata de un control permanente, que clasifica a los individuos, de técnicas mínimas que se infiltran en los gestos más pequeños, de mecanismos de vigilancia y de gestión, de “nimiedades” difícilmente perceptibles, en el fondo, pero de “nimiedades importantes” (1998 [1981]: 163).

Micropoderes y medidas masivas, disciplinas del cuerpo y regulaciones de la población representan los dos polos de la organización del poder sobre la vida. Ambos funcionan, como se verá, sobre la edad fértil de las mujeres, tanto individualmente como en calidad de grupo poblacional en contextos determinados. No es de extrañar, por tanto, que para Foucault la sexualidad constituya el nexo entre anatomopolítica y biopolítica, la encrucijada de disciplinas y regulaciones, crucial en la historia de Europa occidental. Aún en su escasa o nula atención prestada a cómo actúa de manera diferencial sobre hombres y mujeres el control sobre la sexualidad, las medidas estatales a favor del crecimiento poblacional, las esterilizaciones forzadas, las prohibiciones de abortos, los controles prenatales de frecuencia preestablecida, los cambios en las pautas cotidianas durante el embarazo, la gestión médica del parto, las sugerencias expertas para el posparto y la crianza, son emblemáticos de esta penetración, que se da de manera distintiva y muy intensiva en los cuerpos de las mujeres, tal y como nos mostrarán los análisis feministas (*cf.* Federici 2011 [2004]). El campo biomédico juega un papel central en esta infiltración de poderes, que pasa por actos concretos y por definiciones normativas. Aunque la biomedicina se caracterice por una pluralidad interna, dando lugar a normatividades múltiples, el impacto que ejerce en la vida social, ya no discutible, se debe precisamente a su aceptación generalizada y a una percepción socialmente compartida de sus beneficios, de su “cientificidad”, y de su “neutralidad”.

En la medida en que “[...] el poder no es una institución, y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada” (Foucault 1984 [1976]: 116), la tarea de desvelar estas situaciones estratégicas y comprender cómo funcionan se muestra como potencialmente infinita. La especialización biomédica actual y el uso de tecnologías que actúan a un nivel molecular han llevado a elaborar nuevos conceptos. En particular, Beatriz Preciado (2008)²⁵, retomando a Foucault, propone un tercer régimen somatopolítico, ni soberano, ni disciplinario, que produce subjetividades (y por lo tanto cuerpos) a través de tecnologías biomoleculares, digitales e informáticas. Lo define farmacopornográfico, haciendo hincapié en la centralidad de la industria farmacéutica y pornográfica en una fase de capitalismo avanzado. El uso de tecnologías que

²⁵ Aunque el texto al que se hace referencia utilice el nombre citado, recientemente el/la autora ha preferido tomar nuevo nombre, el de Paul, como parte de su experimentación política continua, tanto corporal como lingüística.

intervienen a niveles más reducidos, como son, por ejemplo, los códigos cromosómicos y genéticos, le lleva a plantear la activación de un nuevo régimen, a partir del que también se van construyendo nuevas subjetividades disidentes. Aquí se suscriben solamente en parte sus propuestas, considerando que el peso preponderante de lo tecnológico constituye más bien una diferencia de grado, un salto cualitativo en las técnicas disciplinarias identificadas por Foucault. La importancia de tecnologías cuyo manejo es extremadamente especializado, representa, efectivamente, una característica definitoria de la actual biomedicina, tanto que se utiliza a menudo la expresión *tecnomedicina* para referirse a ella. Si ya en los años 70 del siglo pasado se hablaba de “imperativo tecnológico” (Illich y Borremans 1984 [1971]), sin embargo, han operado cambios profundos que han hecho posible una “molecularización”²⁶ de los elementos vitales y, con ello, una apertura sin precedentes de la vida a la política (Rose 2008). Tejidos, células, fragmentos de ADN pueden aislarse, transportarse, venderse y manipularse, constituyendo nuevos “circuitos de vitalidad” (*id.*). Cambia, por ende, también la manera de pensar la reproducción, y no solamente a un nivel experto, sino por la generación de rutinas específicas conformadas por tests y prácticas de visualización, mediciones y complementos farmacéuticos. Sobre todo, la finalidad biomédica definitivamente no es el restablecimiento de la “normalidad”, sino la optimización de la vida misma, el perfeccionamiento y la potenciación. La producción y gestión del riesgo es la otra cara de estos poderes infinitesimales. Mejor dicho, la insistencia en el riesgo crea el marco, el contexto de posibilidad de estos poderes, en los que los límites entre constricción y consenso son bastante difusos. La conceptualización de la vida como una serie de periodos de riesgo, que necesitan de un control especializado, de un “tutelaje especial” (Illich 1984 [1976]: 108), previa y estadísticamente configurado en base a la edad, el sexo-género, las condiciones socio-económicas, la identificación étnica y otras posibles variables, deviene especialmente evidente en la biomedicina contemporánea. Nikolas Rose (2008) introduce la noción de *susceptibilidad* como un tercer término que opera entre lo normal y lo patológico, definiendo y diagnosticando enfermedades potenciales o “protoenfermedades”. En este sentido, lo que curan profesionales médicos y fármacos no son enfermedades, sino “el casi indefinidamente ampliable y maleable reino del riesgo” (Rose 2008: 138). El empleo de sofisticadas tecnologías diagnósticas y la promesa de intervenciones adecuadas confiere a las figuras expertas del campo biomédico el poder y el deber de identificar futuros potencialmente indeseables. El embarazo (y también la primera infancia) están sometidos a un escrutinio continuo, que se traduce en comportamientos apropiados y a veces contradictorios para las madres.

²⁶ Este término, que se retoma de Rose (2008), se refiere a la fragmentación de lo vital en elementos cada vez más microscópicos, principalmente gracias a los avances de la biología molecular.

Este punto merece algunas reflexiones. Las estrategias múltiples de gestión del riesgo actúan sobre poblaciones, grupos e individuos, implicando siempre cálculos sobre futuros probables, seguidos por intervenciones sobre el presente que, se supone, controlarían estos potenciales futuros (Rose 2008). Así, el perfil de riesgo durante el embarazo está definido por categorías como la edad o la historia familiar, utilizadas por matronas y ginecólogos/as para colocar a las mujeres en grupos de “alto riesgo”, en los que existe una probabilidad mayor de “fracasos” (abortos espontáneos, partos prematuros, anomalías congénitas). Estas definiciones llevan a un control prenatal más intensivo, y obligan a las madres a tomar una serie de decisiones (cf. Rapp 1998). Sin embargo, aún en la “normalidad” del embarazo, la noción de susceptibilidad resulta útil para dar cuenta del itinerario de visitas y pruebas previsto para *todas* las embarazadas, y de la dificultad de su contestación. La noción de susceptibilidad conduce a una gestión responsable de sí, médicamente definida, que invita/obliga a las embarazadas a determinadas actuaciones y comportamientos, y a discutir y justificar continuamente sus elecciones. La presión ética de la responsabilidad de las madres sobre sus futuros hijos/hijas invade enteramente el epp. La retórica de la libertad de elección las lleva a tener que tomar decisiones específicas en cada etapa del embarazo, durante el parto, y en la sucesiva crianza, convirtiéndolas así en “pioneras morales” (Rapp 1998). Si el terreno de la elección se amplía, en palabras de Rose (2008), esta ampliación resultaría algo engañosa, un terreno resbaladizo en el que la responsabilidad es materna pero su contenido se define en otros lugares. Lo que se intensifica es más bien la responsabilización de las madres, extendiéndose, esto sí, el campo del asesoramiento experto. Obligadas a posicionarse frente al proliferar de las tecnologías diagnósticas, tienen también que lidiar con diferentes visiones expertas sobre el epp (cf. cap. 3), pero sin que casi nunca esto implique un reconocimiento de *su* autoridad y competencia como madres. Si la cultura del riesgo es “en la que nos movemos” (Uribe 1996: 402), su actual hipertrofia se traduce en una multiplicación de los aparatos que lo controlan y gestionan. Las madres están prendidas en unas mallas de poderes en las que las figuras consejeras de estilos de vida saludables durante la gestación, de comportamientos preferibles durante el parto, de modos mejores para la recuperación posparto y la lactancia, se multiplican, más allá de lo estrictamente biomédico. No solamente ginecólogos/as, matronas y pediatras, sino nutricionistas, expertos en gimnasias para embarazadas, terapeutas de diverso tipo, profesoras de yoga, doulas, consejeras de lactancia, entre otras figuras, conforman el elástico campo (y negocio) de la maternidad.

La multiplicación de los sistemas expertos no perjudica, sin embargo, la importancia de la biomedicina. Por un lado, se asiste a una expansión de lo médico a todos los ámbitos vitales, intensificada en el periodo de epp; por otro la biomedicina mantiene un lugar de primer orden en las recomendaciones relativas a este periodo vital, como autoridad magna y no discutible. Su actuar

extendido y no puntual, se fundamenta en, y da fundamento a una serie de creencias y valores que moldean en gran medida las conductas de las madres. En este sentido, las posibilidades de autonomía se restringen considerablemente, haciéndose ésta ilusoria o, en el mejor de los casos, muy complicada. Se asiste a la paradoja, ya señalada por Uribe (1996), de que un interés común y constante por la salud se traduce en menor autonomía en las acciones emprendidas por la salud y la vida. Es más, se va profundizando la estrecha dependencia entre la “elección” y la capacidad adquisitiva, en la medida en que se amplía el abanico de opciones sólo para quienes puedan permitírselo.

Retomando el título de este epígrafe, insistir en la molecularización de los poderes y en los aparatos de gestión del riesgo permite llevar un paso más allá las intuiciones foucaultianas. Se trata, en último término, de una reelaboración, una actualización de sus disciplinas y regulaciones, que tiene en cuenta los cambios tecnológicos y económico-políticos, y que, sin embargo, no plantea un salto epistemológico, sino una consolidación e intensificación del denominado biopoder.

Hasta ahora se ha dejado más bien en los márgenes del discurso lo que se podría considerar el objeto último de estos poderes huidizos, y también el fundamental punto de partida de su cuestionamiento: el cuerpo. Toda técnica de poder es también una *somatopolítica*, en la medida en que produce cuerpos y subjetividades específicas, y, junto con ello, también las posibilidades de contestación y transformación.

1.3. Cuerpos pensantes o la culpa no es de Descartes

A la luz de una consideración del poder en términos de redes, de mallas en las que las personas están constantemente atrapadas, el cuerpo emerge como principal receptáculo, objeto de controles continuos y vínculo entre el “dispositivo de sexualidad” y la economía política (Foucault 1984 [1976]). Los mecanismos de vigilancia y gestión que actúan sobre la sexualidad permiten, en última instancia, penetrar los cuerpos de manera cada vez más detallada y controlar las poblaciones de forma global. Para Foucault (*id.*), hablar de “dispositivos de sexualidad” no tiene tanto que ver con el hecho de reproducirse, sino con esta invención y penetración continua de los cuerpos y con este poder ejercido sobre poblaciones, una vez que éstas devienen conceptos estadísticos y es posible tratar de manera cuantitativa cuestiones como los flujos migratorios, las tasas de crecimiento o las características de morbilidad (*cf.* Duden 2004). Ocurre, empero, que gran parte de este control, al menos en lo que concierne a los nacimientos, pasa por los cuerpos de bio-mujeres, de las que

pueden potencialmente embarazarse, parir y amamantar criaturas. Aún en una época de desarrollo biotecnológico, que crea nuevas posibilidades para la fertilización y la gestación, se necesitan cuerpos para llevarla a cabo.

En el tratamiento biomédico del embarazo, parto y posparto, sigue teniendo gran vigencia la observación de Adrienne Rich, según la cual en la maternidad se produce una contradicción fundamental: “las mujeres quedamos alienadas de nuestros cuerpos al encarcelarnos en ellos” (Rich 1996 [1978]: 47). Si ya la maternidad, al menos en “nuestro” contexto, no se considera un destino inevitable, sin embargo, sigue activa su reducción a dimensiones biológicas, a sólo cuerpo, un cuerpo que concibe, gesta y pare, pero un cuerpo vaciado de sus posibilidades de contestación y creación.

La atención a las corporalidades ha producido gran cantidad de estudios etnográficos, en distintos ámbitos, dando lugar también a una rama específica: la antropología del cuerpo. Sin embargo, tanto la centralidad del cuerpo en los procesos de salud-enfermedad, como la centralidad conferida a lo biológico en biomedicina, es decir, a una noción específica de cuerpo, lo configuran como objeto de reflexiones obligadas en antropología médica. A este respecto, la voluntad de superar la dicotomía entre mente y cuerpo, entendida como presupuesto de la biomedicina y también como presunción cultural e ideológica fundamental en el pensamiento occidental, es una de sus intenciones más patentes. A partir de una “ambigüedad constitutiva” (Pizza 1997), que implica *ser* cuerpos y *tener* cuerpos, la antropología ha reflexionado sobre lo corpóreo desde distintas perspectivas, y muy especialmente desde enfoques feministas, en algunos casos denunciando que esta “dicotomía originaria”, comúnmente atribuida a Descartes, se debe más bien al desarrollo posterior y selectivo de su pensamiento. Como a menudo acontece, y como Foucault señaló en un diálogo con Noam Chomsky sobre la “naturaleza humana” (2005), es típicamente occidental la tendencia a atribuir a un autor, a un inventor único, procesos históricos y sociales más complejos. Así, en la obra de Descartes aún se percibe cierta ambivalencia, unos contornos más bien opacos entre cuerpo y mente (Pandolfi 1991, Pizza 1997 y 2005a). En sus *Meditaciones*²⁷, Descartes niega el postulado platónico, según el cual él estaría en su cuerpo como un marinero en su barco y, aún manteniendo la distinción entre *res cogitans* y *res extensa*, admite una unidad fundamental entre cuerpo y mente, una confusión especialmente evidente a la hora de probar sensaciones como hambre, sed o dolor, que no son reducibles a puro pensamiento racional, como si de un avería en un barco efectivamente

²⁷ Disponibles en italiano en sentieridellamente.it/files/MeditazMetaf.pdf

se tratase. Por otra parte, la importancia que recubre la glándula pineal en sus desarrollos teóricos, muestra también la necesidad de un nexo entre su distinción en el plano especulativo y las contradicciones vividas en la existencia cotidiana, que rompen con el mecanicismo que se le ha querido atribuir, o al menos con una coherencia clara en éste.

Con Braidotti (2004: 64), se puede sostener que Descartes, como “campeón de la clara racionalidad”, es una “construcción del siglo XX, que no resiste una lectura textual más exhaustiva”. Al desvelar la falacia de esta separación, sólo defendible en un plano teórico, lejano de la experiencia cotidiana y de las relaciones sociales, en las que generaría inevitables contradicciones, se abre también un fértil campo de investigación para la antropología, y un importante desafío conceptual. Un desafío, porque aunque se acabe de desmontar esta atribución cartesiana, defendiendo su “inocencia”, a partir de su propia autocrítica, esto no afecta de ninguna manera a la constitución del dualismo mente/cuerpo como principio epistemológico y ontológico básico de “nuestros” saberes, construidos, como ya se ha señalado, por oposiciones dicotómicas. Rechazar las dicotomías implica también elaborar otras maneras de pensar, y nuevos conceptos.

La reflexión sobre *cuerpos* en antropología se ha revelado especialmente fecunda, permitiendo por un lado, dar cuenta de la complejidad empírica de mecanismos de poder que actúan sobre y en los cuerpos, y por otro, desarrollar numerosos intentos de pensamiento complejo y no dicotómico. En primer lugar, estudios como el de Paul Farmer en Haití (2006a, b), de Lynda Green en Guatemala (1994), de Didier Fassin en Francia (2006 [2001]), de Ivo Quaranta en Inglaterra (1999) o de Margaret Lock en Canadá (1990), entre muchos otros, muestran cómo las dimensiones sociales y político-económicas se inscriben en los cuerpos, y describen cómo actúan, en cada caso, las que Foucault denominaba “técnicas de poder”, mostrando la amplia diversidad que adquieren en las maneras de concretarse en contextos etnográficos muy variados. En segundo lugar, los cuerpos emergen también como sujetos productivos y creativos, a través de reflexiones sobre las emociones como espacio intersticial entre enfermedad y malestar (Pandolfi 1991), las sugerencias de indagar tres cuerpos (individual, social y político) como tres distintos niveles de análisis (Scheper-Hughes 2000), el paradigma del *embodiment* (Csordas 1990 y 2003) o la propuesta de itinerarios corporales (Esteban 2004).

Expongamos brevemente algunas de estas propuestas etnográficas y teóricas, como emblemáticas de las direcciones tomadas por la antropología médica. Cabe señalar que, aunque los ejemplos que presentamos a continuación se centran en los procesos de enfermedad-atención, lo que representa el principal ámbito temático de la antropología médica, las reflexiones que se producen resultan perfectamente aplicables a nuestro campo de estudio, y se retomarán a lo largo del texto.

1.3.1. Ejemplos etnográficos y propuestas teóricas

El médico y antropólogo Paul Farmer (2006a [2003]), a partir de su trabajo en Haití, incide en la necesidad de considerar simultáneamente diversos “ejes de sufrimiento”²⁸ para penetrar situaciones de enfermedad que no son, en ningún caso, reducibles a una única causa. La inquietante difusión del VIH en Haití, donde dictaduras militares, pobreza endémica o violencias frecuentes constituyen factores indisolublemente entrelazados con el riesgo elevadísimo de exposición al virus, deviene ejemplificativa de la enfermedad como “incorporación de la desigualdad”, así como modelo de análisis aplicable a múltiples contextos de estudio. Su descripción de la situación de Haití, que hace amplio uso de biografías e historias personales, no pretende tanto devolver las experiencias de las personas afectadas, sino utilizarlas en la medida en que se muestran profundamente interconectadas con unas dimensiones históricas, sociales y político-económicas más amplias.

La reiteración, la monotonía de biografías tristemente recurrentes, diseña una “economía política de la brutalidad”, que sólo puede comprenderse incardinando la corporeidad en su contexto sociocultural, y visibilizando los vínculos con cuestiones globales y con la historia local. No se desmiente la dimensión biológica, pero se inserta en problemáticas más amplias. Su principal clave de lectura es la aplicación de la noción de “violencia estructural”, que, parafraseando a Bourdieu, define como *estructurada* y también *estructurante*, ya que limita la capacidad de acción individual (Farmer 2006b [2004]). En definitiva, su intención es la de superar análisis exclusivamente culturalistas, haciendo hincapié en aquellos mecanismos, sistemas y estructuras (como son el racismo, el sexismo, la historia colonial, la violencia política o la pobreza extrema) que reducen considerablemente las posibilidades de elección. Haití es un ejemplo extremo de violencia estructural, pero también un modelo para otros análisis de lo que define como “patologías del poder” o “patologías de la desigualdad”. La noción de violencia estructural permite prestar atención a aquellas violencias no ruidosas, para nada espectaculares, que no son noticia porque no se notan, pero que van plasmando experiencias de vida de personas y poblaciones, insertándose en los cuerpos.

La perspectiva de análisis utilizada por Linda Green ya en los años noventa (1994), apostaba igualmente por una visibilización de las violencias que, incorporadas, se traducen en una gran diversidad de síntomas (úlceras, migrañas, debilidad, diarrea, insomnio, irritabilidad, pérdida de

²⁸ Los distintos ejes señalados por Farmer revelan una estrecha cercanía con las propuestas feministas de intersecciones entre, por ejemplo, sexo-género, etnicidad, preferencias sexuales, situación socio-económica.

apetito), catalogados según categorías locales (como la de susto o de nervios) o biomédicas (como el estrés postraumático), que acaban ocultándolas. Ambos sistemas médicos, de hecho, simplifican la profundidad de experiencias que hunden sus raíces en la historia guatemalteca. La intención de la autora es, por tanto, devolver la cotidianidad, la sistematicidad del miedo, que actúa como constante existencial y como modo de vida (*way of life*). La memoria de violencias brutales y la vivencia de violencias cotidianas más sutiles se expresan a través de una trama hecha de relatos, referidos invariablemente al pasado, y de un idioma corporal compartido. Una vez más, se invita a incluir diferentes niveles de análisis, para comprender la enfermedad como metáfora de malestar social, especialmente allí donde no son posibles formas abiertas de disenso. Al mismo tiempo, se pretende restituir una experiencia visceral, una atmósfera de miedo y de tensión constante que escapa a la palabra, pero que vuelve con fuerza a través de sueños, recuerdos y sensaciones de ruptura del equilibrio corpóreo.

Este afán por desplazar el foco de atención hacia las condiciones sociales, políticas y económicas más amplias puede interpretarse -y se ha interpretado- como una línea de análisis muy cercana a la medicina social del siglo XIX, con una inevitable referencia al médico alemán Rudolf Virchow (Csordas 1988, Martínez-Hernández 2008, entre otros). Sin embargo, las trayectorias seguidas en antropología unen a la visibilización de factores no médicos que influyen de manera determinante en las condiciones de salud, una atención contextualizada a los usos de las definiciones biomédicas.

Así, por ejemplo, Fassin (2006 [2001]) pone el acento en la perversidad de categorías biomédicas utilizadas como medio de gestión de las poblaciones inmigrantes clandestinas, en unas dinámicas en las que el cuerpo enfermo se reconoce como digno de asistencia mientras que se rechazan las peticiones de quien pide asilo político. La patología es lo que confiere, en última instancia, el derecho de ser considerado ser humano, en una reducción extrema de lo social a lo biológico, que pasa por una retórica humanitaria o una “biopolítica de la otredad” que defiende la universalidad humana sólo en términos de mera supervivencia. Como el autor subraya en otro lugar (Fassin 2011), en este caso el Estado francés reconoce la violencia estructural que actúa en los cuerpos de quien pertenece a grupos sociales marginados, pero no la violencia política que ha motivado la migración; acoge a personas necesitadas de cuidados médicos, pero no en calidad de refugiadas políticas²⁹.

De manera muy parecida, Vinh-Kim Nguyen (2006) analiza el activismo por los fármacos antirretrovirales en África occidental como un ejemplo claro de acceso a los derechos de ciudadanía

²⁹ Y en algunos casos se trata de las mismas personas, que, de un modo algo paradójico, pueden salir de la clandestinidad sólo al padecer y certificar una enfermedad grave.

determinado por condiciones biológicas específicas. Es decir, no solamente las desigualdades son incorporadas en forma de enfermedades, sino que la vida misma se entiende, cada vez más, en términos biomédicos, y por ende, en términos de “*nuda vita*”³⁰ (Agamben 1995). Y sin embargo, si el biopoder se multiplica, gracias a una medicalización capilar de la existencia, va generando también las arenas en las que se juegan las posibilidades de negociación y de contestación.

Conceptos como el de ciudadanía terapéutica (Nguyen 2006) o de ciudadanía biológica (Rose 2008), si, por un lado, insisten en los efectos del poder (o de los poderes) sobre la vida misma, por otro, dejan entrever posibles estrategias de resignificación, de negociación y de experimentación. Será sobre todo Jean Comaroff (2006) quien llame la atención a cerca de los límites de lecturas que centran la reflexión exclusivamente en la biopolítica, cuya importancia considera, por otra parte, un “lugar común” de nuestra época. Su apuesta es la de mostrar cómo en situaciones de marginalidad también pueden construirse acciones transformativas capaces de recalificar la vida, devolviéndole su profundidad social, a partir de, precisamente, una acción que cuestiona su supuesta e impuesta “desnudez”. Sería, entonces, responsabilidad de las investigaciones esclarecer los modos en los que oposición y consenso pueden llegar a entremezclarse; visibilizar los casos concretos en los que intereses aparentemente contradictorios se encuentran, aunque sólo de manera puntual; y evidenciar los usos estratégicos de determinadas prácticas o categorías discursivas. El concepto de *acción transformativa* (cf. también Ginsburg y Rapp 1995) permite, precisamente, poner el acento en las posibilidades productivas y creativas que se dan dentro de límites marcados, pero en los que no todo ha sido previamente definido.

De todas formas, las posibilidades de acción se reducen a menudo, muy especialmente en las enfermedades crónicas y degenerativas típicas del “primer mundo”, en capacidad de gestión, en adaptaciones y remodelaciones de los hábitos cotidianos, y en la producción de diferentes maneras de *ser-en-el-mundo*. En esta línea, tanto las patologías nerviosas sufridas por las inmigrantes griegas en Montréal (Lock 1990) como la CFS/ME (*Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic encephalomyelitis*, según las diferentes definiciones utilizadas respectivamente por expertos biomédicos y por personas afectadas), de la que da cuenta Ivo Quaranta (1999), muestran el íntimo nexo entre trastornos específicos y estilos de vida contemporáneos. Una vez más, los relatos de quienes sufren de CFS/ME explicitan las contradicciones ya advertidas a un nivel corporal. Se trata de formas de malestar que, en cierto modo, niegan a la sociedad misma. En las etiologías propuestas o en la redefinición ontológica y existencial a la que se ven obligadas las personas afectadas se asiste, de

³⁰ Este concepto se refiere a una vida privada de su significatividad social y reducida a mera supervivencia, una vida biológicamente sagrada y al mismo tiempo superflua en otros sentidos (cf. también Pandolfi 1996, 2003 y Comaroff 2006).

hecho, a una crítica del modelo social en el que están colocadas y, al mismo tiempo, a una necesaria redefinición de la existencia.

“Life today is just nevra” (Lock, 1990: 249), son las palabras de una mujer griega inmigrante, que expresan con gran fuerza comunicativa el nexa, la casi coincidencia entre trastornos nerviosos y vida social contemporánea. Los discursos de las entrevistadas muestran la conciencia de su situación de opresión, de la desadaptación a los nuevos contextos, de sobrecarga laboral en casa y en fábrica, de explotación de clase y desigualdades de género, sin que la crítica se convierta, sin embargo, en tentativas de cambio. En los relatos, se repite la referencia a ritmos de trabajo insostenibles, salarios míseros, presiones constantes, maridos ausentes y a menudo violentos, responsabilidad no compartida en los cuidados familiares y en las tareas domésticas, falta casi absoluta de tiempo para sí mismas, dificultad de encontrar herramientas válidas tanto en los códigos culturales de origen (no aplicables en el nuevo contexto) como en los valores dominantes en el entorno de acogida (en los que no reconocen). El cuerpo deviene entonces el único posible lenguaje de disenso, de resistencia a expectativas culturales compartidas, en el momento en que las emociones prohibidas ya no pueden expresarse a través del formulario codificado de las lamentaciones rituales, habiéndose roto los vínculos comunitarios, familiares y entre mujeres. Los nervios se constituyen en “símbolo natural polisémico”, que condensa una pluralidad de tensiones, expresadas, por lo general, mediante metáforas de rotura, de separación entre un “dentro” y un “fuera”, percibido como problemático. Los remedios biomédicos, por supuesto, no resuelven estas contradicciones existenciales y sociales y, no obstante, por un lado, el diálogo con las figuras profesionales se valora como momento en que se recibe atención y escucha, y por otro, se pretende, se pide un reconocimiento biomédico, identificando a éste como una importante fuente de legitimidad. En este caso, son más bien los médicos los que pueden negarse a diagnosis y tratamientos farmacológicos, subrayando las raíces sociales de los problemas que se les presentan, y mostrando al mismo tiempo la complejidad y variabilidad del propio campo biomédico, a las que ya se ha hecho referencia. La biomedicina como sistema se mantiene, sin embargo, como principal referencia y herramienta de legitimación social, y el personal médico como fuente de autoridad por excelencia. Es más, las visiones críticas de algunos profesionales parecen, en todo caso, minimizar las dimensiones sociales, económicas y políticas, al sugerir un cambio de estilo de vida, evidentemente muy difícil de alcanzar como objetivo individual.

Desde otra perspectiva, el mencionado estudio de Quaranta en Londres (1999) sobre la CFS/ME, que revisa los antecedentes históricos de un síndrome, los debates que se han generado para su definición en congresos internacionales, las categorías y los significados utilizados y reivindicados por las personas afectadas, es también un ejemplo de la crítica social contenida en las

enfermedades. Cuerpos exhaustos frente a ritmos de vida frenéticos se imponen obligando a una ralentización, a una redefinición ontológica de la persona que pasa inevitablemente por un profundo cambio en la vida cotidiana. Más allá de las explicaciones proporcionadas por especialistas y personas que sufren de CFS/ME, y más allá de las negociaciones evidenciadas por el autor, comprender la enfermedad como conjunto polisémico implica también visibilizar su potencial de crítica social.

Los trabajos mencionados ofrecen algunos ejemplos significativos, aunque expuestos de manera muy concisa, de importantes hitos que marcan la antropología médica entre los años noventa y la primera década del dos mil, dando paso a un progresivo protagonismo corporal y, con ello, a nuevas conceptualizaciones. En esta óptica, se abordan los cuerpos no sólo como receptáculo de significados o metáforas y objeto de poderes sutiles, sino como sujetos y agentes. Se delinea, como se ha podido observar en algunos de los casos presentados, una crítica que parte *desde* los cuerpos, una crítica a veces silente (como en el caso examinado por Green), a veces manifiesta (como en las investigaciones de Quaranta y de Lock).

La falta de medios teóricos, e incluso de palabras, para dar cuenta de esta subjetividad corporal y superar dualismos fuertemente enraizados (*cf.* Stolcke 2010), ha impulsado también una serie de reflexiones y propuestas teóricas. Por un lado, se ha prestado cada vez más atención a las emociones, elemento fundamental para conocer la experiencia humana, pero escasamente considerado en las ciencias sociales (Díez 2000). Por otro, la insistencia en los cuerpos ha permitido también llegar a definiciones más matizadas del biopoder³¹, a partir de consideraciones fenomenológicas de autores como Merleau-Ponty, o inspirándose al concepto de hegemonía de Gramsci³².

Antonio Gramsci ha sido a menudo considerado en antropología médica como una suerte de precursor, ya que proporciona intuiciones esclarecedoras para un análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención³³. Al unir la perspectiva fenomenológica con la histórico-política, este autor da lugar a una “teoría viviente” en la que el cuerpo es producto de la historia pero, también, su base existencial y su fuerza motora. Pizza (2005b), en su cuidadosa revisión de la obra gramsciana,

³¹ Ya presentes, en realidad, en el mismo Foucault (véase, por ejemplo, Foucault 1994c), pero a menudo ignoradas en antropología.

³² Una relación hegemónica, para Gramsci, es siempre dialéctica, en la medida en que los seres humanos están “organizados” por fuerzas histórico-culturales, pero también las organizan de manera cambiante. Asimismo, no es posible plantear una separación neta entre culturas hegemónica y subalterna, sino relaciones constantes y a menudo contradictorias.

³³ Así, en 1988 se le dedica un número del *Medical Anthropology Quarterly*: “Gramsci’s Body and a Critical Medical Anthropology”.

de la que me serviré para subrayar el papel de la corporeidad en Gramsci, encuentra cómo, en sus cartas y en sus cuadernos, se revela una profunda correspondencia entre su experiencia de debilitamiento y enfermedad, sus elaboraciones teóricas y su crítica política. La noción de *cultura* que se va delineando es ubicua, dinámica, inseparable de la historia, anclada en los cuerpos (cf. también Kapferer 1988). No es un fenómeno externo y objetivable, sino coextensivo de la dimensión subjetiva y corporal, encarnado como sentido común y prácticas rutinarias. Al mismo tiempo, no solamente la sociedad se transforma, sino también la *persona*, siendo ésta sujeta a cambios incontrolables, que actúan en la vida cotidiana, en las condiciones de existencia y a través de específicas relaciones de poder. Desde esta perspectiva, la persona no es una entidad esencial, cerrada, fija y estable, salvo en un sentido estrictamente jurídico-legal. No se trata, empero, de una propuesta psicológica que insista en los diversos niveles de conciencia. Cabe señalar que el pensamiento gramsciano se caracteriza, entre otras cosas, por una sana sospecha hacia el psicoanálisis freudiano, así como hacia la psicologización de las contradicciones históricas y sociales.

Gramsci se sirve en gran medida de su propia experiencia, que consigue mirar reflexivamente para llegar a conclusiones de carácter más general. “*Comprender y sentir*” es cómo entiende la acción intelectual y cómo fundamenta la acción política. Más que un interés por elaborar una teoría crítica que sirva de instrumento para la praxis, es la experiencia cotidiana propia y de otras personas la que impulsa sus reflexiones y sus acciones. Sin embargo, no renuncia en ningún momento a la teoría. Simplemente la conecta a lo más visceral y dramático de su experiencia personal, llevando a sus extremas consecuencias la intuición cartesiana con la que se ha empezado esta sección dedicada a los cuerpos. Desaparece, así, toda oposición dual, entre sujeto y objeto, salud y enfermedad, cuerpo y mente, pero también cultura y economía-política, personal y social, poder y capacidad de actuar. Emergen, por el contrario, transformaciones y relaciones dialécticas, como constitutivas de la experiencia corporal y social. El lenguaje metafórico, la fuerte carga emotiva y el uso de la ironía y del sarcasmo no reducen la capacidad analítica, sino que le confieren fuerza expresiva y representan potentes medios para comprender los procesos sociales. Su aproximación fenomenológica y, en palabras de Pizza, “autobjetivante”, su capacidad para insertar la teoría en el terreno contradictorio de la experiencia cotidiana, representa una invitación y un ejemplo metodológico de primer orden, que ha sido acogido, aunque no siempre, ni necesariamente, haciendo referencia a este autor, por algunas corrientes de antropología médica.

Así, por ejemplo, las propuestas de Margaret Lock y Nancy Scheper-Hughes apuestan por el uso de diversos niveles de análisis, que permitan considerar el cuerpo como natural y a la vez cultural,

simultáneamente físico y simbólico (Lock y Scheper-Hughes 1987, 2006 [1990], Scheper-Hughes 2000). Para superar estos dualismos “fundacionales”, utilizan diferentes ejemplos etnográficos e históricos que rompen con perspectivas binarias: desde visiones de multiplicidad -no patológica- de la identidad personal, a teorías de complementariedad, o de armonía, equilibrio y fundamental unidad; y proponen conceptos alternativos, como el de *mindful body* (cuerpo consciente). La enfermedad emerge entonces como lenguaje a través del que hablan simultáneamente naturaleza, cultura y sociedad. Lejos de caer en el caos conceptual, considerado más bien como un miedo cultural frente a la caída de la objetividad, proponen una perspectiva crítico-interpretativa, un acercamiento prudente al campo, que complementa funciones de interpretación y de crítica cultural. Mostrar la variabilidad de construcciones metafóricas sobre el cuerpo, y las respectivas narraciones, por tanto, es inseparable de una atención a los usos sociales, políticos e individuales de estas concepciones en la práctica cotidiana. El mismo conocimiento biomédico emerge entonces como radicado en las prácticas y continuamente modificado por las prácticas, así como por transformaciones sociales, políticas y tecnológicas. Distinguen, así, para facilitar el análisis, tres cuerpos: el cuerpo individual, el cuerpo social, y el cuerpo político. El primero se refiere a la experiencia vivida, en sentido fenomenológico y existencialista, a la variabilidad de vivencias personales de la salud y de la enfermedad. El segundo indica el nivel de las representaciones, el cuerpo como excelente recurso simbólico, que suele revelarse muy útil también para comprender una sociedad en su conjunto. Por último, el cuerpo político hace referencia a los mecanismos de poder y control que actúan sobre los cuerpos, en términos de biopoderes. Obviamente, se hace también necesario visibilizar los nexos entre dimensiones distinguidas analíticamente, y aquí las emociones cumplen una importante función mediadora, de puente entre cuerpo y mente, y entre individual, social y político, en su calidad de catalizadores de significados y motivos para la acción. Denunciando un interés antropológico por lo emocional durante mucho tiempo limitado solamente a los casos extremadamente ritualizados, espectaculares y públicos, como si en los otros se tratase de pasiones “naturales”, invitan a una teoría antropológica de las emociones. Nociones como las de *itinerarios de las emociones*, de Pandolfi (1991) o de *itinerarios corporales*, de Esteban (2004), por ejemplo, ponen el acento precisamente en estos aspectos, subrayando una procesualidad y un dinamismo tanto subjetivo como colectivo. Las experiencias corporales de sujetos individuales se analizan en cuanto experiencias compartidas y como síntesis de, y punto de encuentro entre distintas dimensiones. Si ya en etnografías anteriores, como la de Byron Good en Iran (2006 [1977]), se exploran los recorridos que unen lo simbólico, con lo emotivo y con lo fisiológico, es solamente en trabajos sucesivos que se delinea cierta indisolubilidad entre emociones y síntomas. Estas propuestas conceptuales abren también nuevas posibilidades de análisis, al subrayar, por un

lado, no solamente la procesualidad de las enfermedades, ya remarcada por conceptos como el de carrera del enfermo o de la enfermedad, estadios de enfermedad, procesos de búsqueda de salud etc.; sino su no linealidad y sus conexiones con otros aspectos. Pero tal vez, la parte más novedosa de la propuesta teórica de Lock y Scheper-Hughes sea la de subrayar también la *positividad* del cuerpo. Su intención es la de desvelar no solamente las incorporaciones de desigualdades, violencias y memorias de represión, sino también las potencialidades afirmativas, invirtiendo las preguntas foucaultianas. Se pasaría, así, en palabras de Scheper-Hughes (2000), de preguntarse acerca de los cuerpos que la sociedad quiere y necesita, a preguntarse por el tipo de sociedad que el cuerpo desea, sueña, necesita. Es una propuesta evidentemente provocativa, y que pretende tener en cuenta las *implicaciones* fácticas de un reconocimiento de la subjetividad de los cuerpos o de los cuerpos-mentes. La enfermedad, como praxis corpórea, deviene también una forma de resistencia y de protesta, tal y como se ha mostrado a través de los ejemplos etnográficos reproducidos más arriba. Retomando a las “armas de los débiles” identificadas por James Scott para los casos en los que no parece posible una lucha abierta y organizada³⁴, las “tácticas somáticas” estudiadas en antropología acompañan las estrategias de disimulación, falsa condescendencia, mentira o ignorancia simulada. Brujería, malajo, trance y posesiones, patologías nerviosas, puestas en escena rituales son interpretadas, entonces, como maneras de canalizar y explicar la tensión social, y como modalidades terapéuticas³⁵. Pero, sobre todo, en un contexto de secularización de la vida social, la enfermedad se convierte a menudo en una de las pocas modalidades posibles de protesta. Es desde este ángulo que Scheper-Hughes (2000) analiza tanto la sobreproducción de enfermedades en las sociedades tardo-capitalistas, como algunas enfermedades observadas en otros contextos, en comunidades rurales o en lugares de rápida industrialización. De este modo, tanto el estrés postraumático de los veteranos de guerra, como el síndrome premenstrual o los *nervios* de los campesinos brasileños, se presentan como metáforas y metonimias de situaciones sociales, políticas y económicas de claro desequilibrio. A través de esta lectura se toma también distancia, explícitamente, de las interpretaciones psicósomáticas, que ocultan igualmente el potencial de crítica, al no reconocer la subjetividad corporal.

Aunque no todos los trastornos y enfermedades puedan leerse como una crítica social radical, visibilizar cuándo es posible entenderlos como formas de resistencia o de protesta, va en sentido deliberadamente contrario a los procesos de medicalización, que acaban suprimiendo toda demanda

³⁴ Para una reflexión muy parecida, que subraya la importancia de prácticas estratégicas cotidianas de mujeres en carne y hueso, se remite al concepto de subcultura propuesto por Dolores Juliano (2000).

³⁵ Esta interpretación ciertamente no es nueva; piénsese, por ejemplo, a los estudios pioneros de Ernesto De Martino sobre el fenómeno del tarantismo en el sur de Italia.

de cambio contenida en múltiples síndromes y malestares. La tarea de la antropología médica crítica sería entonces la de vincular los tres cuerpos (el individual, el social y el político), a través de una actitud interpretativa y reflexiva hacia las narraciones locales, y la capacidad de analizar las relaciones y tensiones entre diferentes dimensiones. El cuerpo individual se configura así como “el terreno más inmediato y más próximo, en el que se ponen en escena las verdades y las contradicciones sociales, así como también lugar de resistencia, creatividad y lucha personal y social” (Lock y Scheper-Hughes 2006 [1990]: 186).

En estos debates sobre la centralidad del cuerpo en antropología médica, y en estos intentos de superar los dualismos (post)cartesianos, tal vez las más claras (y más citadas) propuestas teórico-metodológicas vengan de la mano de Thomas Csordas. A partir de la aplicación a la antropología del concepto de *habitus* de Bourdieu, y, sobre todo, de la fenomenología de Merleau Ponty, Csordas (1990, 2003 [1999]) va definiendo y proponiendo un paradigma del *embodiment*³⁶. Al lado del análisis cultural del cuerpo, como símbolo, como representación y como texto, sugiere un acercamiento de tipo fenomenológico. En este sentido, el lenguaje mismo puede entenderse no sólo como construcción de la experiencia, sino como forma de desvelarla, manifestación de su inmediatez incorporada. La percepción es entonces la experiencia corpórea fundamental que, aunque los modos puedan cambiar de un contexto a otro, revela la subjetividad plena de los cuerpos. El paradigma de la incorporación sería, por tanto, una perspectiva de análisis y una “actitud metodológica”, que prioriza la corporeidad aún en ausencia de datos expresamente corporales.

Se asiste, efectivamente, a un progresivo protagonismo corporal en las investigaciones antropológicas, sea para acoger las invitaciones de académicas/os de renombre, sea por la increíble sobreexposición corporal que caracteriza nuestra época. Sin embargo, resulta bastante complicado estar a la altura de las consideraciones teóricas y romper con esa pesada carga histórica que se atribuye a Descartes. Si la experiencia perceptiva parece de por sí libre de todo dualismo, el *quid* de la cuestión es entonces cómo dar cuenta de esta experiencia vivida, y de las diversas formas en las que se manifiesta. Csordas, y también otras de las autoras mencionadas, están invitando a un giro metodológico aplicable al trabajo de investigación y de escritura en general, a una actitud atenta a lo corporal, también ahí donde no se manifiesta de manera explícita. Tal actitud culmina en visibilizar también la *presencia* del antropólogo o de la antropóloga en el campo, donde por presencia se entiende tanto el posicionamiento personal y el diálogo establecido con los sujetos estudiados (en

³⁶ *Embodiment* ha sido traducido al castellano con diferentes términos : incorporación, encarnación, incardinamiento. Tal vez este último es el que mejor muestra el sentido fenomenológico, el nivel perceptivo, de *ser-en-el-mundo*. Sin embargo a lo largo del texto se utilizarán los distintos términos de manera intercambiable.

línea con las propuestas feministas de conocimientos situados) como el ser-en-el-mundo de quien está llevando a cabo el estudio. Para ello, invita a complementar las descripciones etnográficas y la interpretación de los discursos y prácticas, con un lenguaje visceral, evocador, imaginativo en el que sea posible expresar la interacción entre sujetos incardinados. Se acerca así, sorprendentemente, a las posiciones de Rosi Braidotti, a su afirmación de la necesidad de una “nueva política del lenguaje”, de usos creativos de imágenes, figuraciones, fuerzas afectivas, capaces de expresar aquellos “estados activos del ser que atraviesan los esquemas convencionales de la representación teórica” (Braidotti: 163). El materialismo corporal de Braidotti y la fenomenología cultural de Csordas, aunque partan de premisas teóricas diferentes y tengan objetivos distintos, se encuentran en la propuesta de un sujeto incardinado y cambiante, y en el uso de un lenguaje especialmente sugerente. Para Braidotti, sin embargo, se trata de una necesidad ética y política, además de metodológica, mientras que para Csordas, es fundamentalmente una cuestión de precisión etnográfica y de enriquecimiento del análisis.

El feminismo como sitio de experimentación, como “laboratorio de ideas, conceptos y prácticas” (Braidotti 2003: 108) se caracteriza precisamente por una desarticulación constante de los conceptos dominantes, complementada por prácticas de (re)invención del lenguaje. Con más o menos éxito, las elaboraciones teóricas feministas han introducidos nuevos conceptos en el análisis social y contribuido, en gran parte, a una atención creciente a la subjetividad y a los cuerpos, y a la subjetividad de los cuerpos. La reconexión entre pensamiento y vida, identificada en la obra gramsciana al principio de este epígrafe, así como la politicización de lo personal y de lo corporal son algunos de los logros feministas más notables, y ciertamente inspiradores para la antropología social (*cf.* Pizza 2005 a, b).

En todo caso, la dificultad de renovar el lenguaje y al mismo tiempo hacer que sea comprensible y, por tanto útil, es evidente. Abusar de neologismos y de creatividad lingüística puede ser contraproducente, si dificulta la lectura y la comprensión. Por otra parte, cierto grado de ambigüedad parece inevitable. Reside también implícitamente en expresiones como la de cuerpos conscientes, cuerpos pensantes o inteligentes, que de alguna manera siguen remitiendo al lenguaje cognitivo. Y sin embargo, estas nociones también producen yuxtaposiciones estimulantes para la teoría y la práctica antropológica.

Hacer un uso mixto de distintas herramientas teóricas, como sugería Braidotti, se revela especialmente adecuado al objeto de este estudio. Partir de lo que ya ha sido dicho sobre los argumentos que se pretende afrontar resulta igualmente imprescindible. A continuación, se examinan algunos de los trabajos incluidos, generalmente, bajo la etiqueta de “antropología de la reproducción”, explorando también cómo el marco teórico-interpretativo trazado se ha aplicado a

los procesos reproductivos.

2. Rastreado las huellas del parto y del nacimiento en antropología

Al revelarse los inevitables nexos entre las maneras de hacer frente a momentos dramáticos o críticos de la existencia humana, como son el nacimiento y la muerte, y los significados socialmente atribuidos a la vida, el ámbito reproductivo ha pasado de constituir un área marginal en los estudios antropológicos, a ocupar un lugar privilegiado. Una vez cuestionada la universalidad de las formas de la reproducción humana, se ha abierto un prometedor campo de investigación, cuyos desarrollos han tenido, sin embargo, destinos diferentes según la “geografía académica” de referencia³⁷. Han contribuido ciertamente a este cambio de escenario tres acontecimientos, que recorren los últimos tres decenios del siglo XX. En primer lugar, como ya se ha señalado, el feminismo como movimiento político ha obligado a análisis más sistemáticos sobre la maternidad, tanto en los procesos de embarazo, parto y posparto como en lo referido a las sucesivas “tareas maternas”. Sus denuncias de la carga ideológica y de los significados políticos ocultos detrás de atribuciones esencialistas, han constituido un considerable impulso para los estudios socio-culturales sobre estos temas. En segundo lugar, la importancia que asumen en la agenda internacional las dinámicas poblacionales, a partir sobre todo de los años 80 del siglo pasado, llevan a una afirmación de la retórica de los derechos sexuales y reproductivos, que se traduce en intervenciones específicas en los países “en vía de desarrollo”. Por último, el uso de tecnologías biomédicas avanzadas va claramente redefiniendo la reproducción humana, a través del uso de dispositivos anticonceptivos (DIU, píldora, anillo vaginal, implantes subcutáneos, inyecciones hormonales), las diversas posibilidades de concepción asistida (por ejemplo, la inseminación artificial o la fertilización *in vitro*), el empleo de pruebas y tecnologías diagnósticas prenatales (ecografías, análisis de sangre y orina, amniocentesis, y otras), la aplicación de medios para controlar, acelerar o ralentizar el parto (sistemas de monitorización fetal, hormonas sintéticas, diversos tipos de anestesia), la utilización de tecnologías sofisticadas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) posnatales.

Estos tres acontecimientos, que corresponden, aproximativamente, a los años 70, 80 y 90 del siglo pasado, aunque también sigan actuando en modos cambiantes, dan lugar a diferentes ejes de análisis. Por un lado, el desarrollo de los estudios feministas pone al descubierto, además de la profunda medicalización del ciclo vital de las mujeres en las economías tardo-capitalistas, los

³⁷ Con “geografía académica” se entienden los espacios prioritarios definidos por publicaciones e instituciones, las líneas de interés que van marcando tanto entidades financiadoras como el cálculo de factores de impacto, la progresiva mercantilización del conocimiento y la consecuente creación de centros y periferias en la investigación, y la producción de dependencias teóricas más o menos encubiertas (cf. Martínez-Hernández 2008, Méndez 2007, Narotzky 2011, Moreno 2011)

diversos factores que influyen de manera determinante sobre sus elecciones reproductivas. Por otra parte, la retórica internacional de la salud sexual y reproductiva (SSR), utiliza las reivindicaciones feministas para marcar una serie de prioridades “universales”, que ven en la difusión de la planificación familiar y en el control sobre las parteras tradicionales (es decir no profesionalizadas) las medidas técnicas para resolver la tragedia de la mortalidad materna en el denominado Tercer Mundo (cf. cap. 4). Finalmente, el desarrollo continuo de las NTR hace patente la constante redefinición de qué es “natural”, produce nuevas dinámicas en las relaciones de parentesco y desplaza, definitivamente, el centro de la atención biomédica desde la patología a la gestión de los riesgos (cf. Gimenez 1991). Huelga subrayar la importancia de estas cuestiones para el escrutinio antropológico.

La “antropología de la reproducción” o la “antropología del nacimiento”³⁸ se va definiendo, así, como auténtico campo de estudio, que cubre una amplia variedad de temáticas, con enfoques a veces muy distintos³⁹. Sin embargo, su desarrollo es bastante reciente en el ámbito del Estado español (cf. Blázquez 2005). Siguiendo los tres periodos y los correspondientes bloques temáticos identificados, cabe señalar que los estudios feministas han sufrido cierto retraso en el territorio del Estado⁴⁰, que la atención a la SSR concierne en un primer momento a *otros* contextos, y no supone ningún cuestionamiento de los supuestos biomédicos, y que por lo tanto serán más bien los debates generados por la explosión de las NTR, muy especialmente los relativos a la reproducción asistida, los que produzcan cierto interés por este campo de estudio. Así, recientemente se han incluido paneles específicos en congresos de antropología (FAAE 2014, AIBR 2015 y 2016), y se han defendido tesis doctorales sobre la atención al embarazo, parto y posparto (Montes 2007, Blázquez 2009), las vivencias contradictorias del tiempo de gestación (Imaz 2010a), o los motivos de decisiones marginales como el parto en casa (Mollá 2015). Ha sido publicado, además, un número monográfico sobre maternidad en una revista de éticas aplicadas, que reúne a autoras de distintos ámbitos disciplinarios para analizar desde enfoques feministas algunas cuestiones relativas tanto a la reproducción biológica como a la sucesiva crianza y al trabajo de cuidados históricamente invisibilizado, con una sugerente propuesta de expansión del concepto de maternidad (Lamboglia *et al* 2015). Destacan, por otra parte, las aportaciones de revistas de historia de la medicina y de la

³⁸ “Antropología del nacimiento” se utiliza para referirse más específicamente al epp. Aquí se prefiere el término “reproducción” por las numerosas aplicaciones que ha tenido, por las reflexiones teóricas que ha generado, y porque permite evidenciar las conexiones entre distintos procesos.

³⁹ Aunque definirse como campo de estudio particular también contenga en sí mismo el riesgo de producir una separación de otros aspectos de la vida social, por ejemplo a través de análisis meramente descriptivos de determinadas prácticas culturales, o por el simple hecho de aislarse a nivel temático, en revistas y congresos.

⁴⁰ Se remite al texto de Lourdes Méndez (2007) para contextualizar este “retraso” en el marco de más amplios procesos histórico-políticos.

ciencia, como *Dynamis y Asclepio*, y de historia de las mujeres, como *Arenal*, especialmente para poder trazar los orígenes del parto hospitalario, a partir de un análisis crítico de los procesos de profesionalización. En esta línea, los trabajos de Teresa Ortiz y Montserrat Cabré, tanto como coordinadoras de números o editoras (Cabré y Ortiz 1999, 2001 (eds.), 2008), como en calidad de autoras (Ortiz 1992, 1996 a, b, 1999 a, b, 2001, 2006), ofrecen valiosas herramientas para explorar los antecedentes del parto en casa, los motivos de la progresiva marginalización de las parteras, las ambivalencias de la educación reglada (cf. cap. 2).

Sin embargo, las principales fuentes utilizadas, al menos a un nivel temático, es decir, no necesariamente como claves teórico-epistemológicas, pero sí como referencias etnográficas, provienen del ámbito anglófono y/o norteamericano. Las razones son varias, no siendo la última la disponibilidad y facilidad de acceso. Pero, sobre todo, es innegable que los estudios feministas en ese ámbito gozan de mayor y más antiguo reconocimiento institucional, con publicaciones periódicas como *Feminist Studies*, *Signs* o *Gender and Society* y editoriales de prestigio internacional como la Routledge⁴¹. Asimismo, una revista como *Medical Anthropology Quarterly* recoge perspectivas de análisis muy variadas y diferentes propuestas desarrolladas a lo largo de los años en antropología médica, aunque casi siempre referidas tan sólo al contexto norteamericano (Estado Unidos y Canadá). Este “marco editorial” ha permitido dedicar amplio espacio a las cuestiones aquí planteadas como objeto de estudio, generando a menudo debates internos entre diversas posturas teóricas. Finalmente, cabe señalar que los trabajos sobre *midwifery*⁴² han seguido, al menos en un primer momento, las prioridades fijadas por las directivas de organismos internacionales. Por ello, existe una producción extensa, rigurosamente en lengua inglesa, sobre la difusión de los programas de planificación familiar y el uso estratégico de las parteras locales para tal fin, ya a partir de los años 60 del siglo pasado (cf. Sargent y Rubel 1976).

Los trabajos etnográficos de autoras como Emily Martin (1992 [1987]), Brigitte Jordan (1984 [1978]) o Robbie Davis-Floyd (1987), constituyen referencias obligadas al tratar cuestiones ligadas a las formas de hacer frente al embarazo, parto y posparto. Estas autoras analizan los aspectos socio-culturales del nacimiento, hasta entonces poco tenidos en cuenta, sirviendo de ejemplo y estímulo para estudios posteriores en diferentes contextos. En particular, la comparación de la visión mecanicista -obstétrica- del parto con el trabajo en fábrica (Martin), la elaboración del

⁴¹ Para una reflexión muy acertada sobre el monopolio ejercido por la Routledge en el “mercado feminista”, se remite a Braidotti (2004).

⁴² Tal vez partería podría ser la traducción más adecuada. Sin embargo *midwifery* parece ser un término más inclusivo, ya que hace referencia tanto a los distintos tipos de formación reglada como a las parteras “tradicionales” o “empíricas”. Al contrario, partera se refiere actualmente (en el Estado español, al menos, ya que no es así en América Latina) a las que no tienen títulos académicos reconocidos (cf. el siguiente capítulo).

concepto de *authoritative knowledge* (Jordan) y el análisis de la atención hospitalaria al parto como modelo fundamentado en imperativos tecnocráticos (Davis-Floyd), ofrecerán importantes claves para una lectura antropológica de la reproducción. Veámoslo con mayor detenimiento.

La aplicación de una lógica productivista al trabajo de parto, dividido por fases con tiempos máximos, medido en términos de eficiencia y dividido entre diferentes especialistas, subrayada por Martin (1992 [1987]), será retomada en la mayoría de los estudios sobre el tratamiento biomédico del parto. Su análisis insiste en la tecnologización progresiva, en la especialización de las tareas, y en las sensaciones de separación y alienación que producen intervenciones específicas. Su interpretación de la reproducción como producción de sujetos, le permite también identificar algunas prácticas de protesta similares a las utilizadas por los trabajadores. Así, por ejemplo, señala, entre las estrategias parecidas a las empleadas en ámbito laboral, la organización de grupos de autogestión de la salud, que permiten crear redes de solidaridad; una gestión de los tiempos enfocada a evitar intervenciones médicas consideradas innecesarias (darse paseos por el hospital, mentir sobre el parto anterior para evitar una cesárea, decir que se lleva menos tiempo de dilatación, no comunicar el inicio del proceso de parto, a veces ni a la pareja, etc.); o el rechazo del uso de maquinarias como los monitores fetales (explícito o a través de otras técnicas, como paseos y duchas repetidas). Vuelven, junto a la organización colectiva como herramienta de lucha y empoderamiento, aquellas estrategias de resistencia de las que hablaban Lock y Scheper-Hughes (2006 [1990]), utilizadas en contextos caracterizados por fuertes diferenciales de poder, y a las que ellas añaden las que denominan “tácticas somáticas” (*cf. supra*). Los ejemplos referidos por Martin son explícitamente comparados con la organización sindical, las técnicas utilizadas para mantener un control mínimo sobre los tiempos de trabajo (el escaqueo, la mentira, la disimulación y otras), el odio a la máquina de las posiciones ludistas. En este cuadro interpretativo, no recurrir en absoluto al hospital, optando por un parto en casa, se presenta como el equivalente de montar un negocio propio. A pesar de los evidentes límites de una interpretación de este tipo, en la que la autonomía individual se lee en clave empresarial, el intento analítico de poner en el mismo plano lo productivo y lo reproductivo resulta todavía válido, si no urgente. Por otra parte, el análisis de los discursos y prácticas obstétricas, aunque éstas hayan sufrido variaciones a lo largo del tiempo, se demuestra de extraordinaria vigencia, al menos para un sector de la asistencia hospitalaria al parto (*cf. cap. 3*). En este sentido, la identificación por parte de Davis-Floyd de un modelo específico de asistencia al parto, el “modelo tecnológico”, posteriormente denominado “tecnocrático” (Davis-Floyd 2001), insiste en la metáfora mecanicista y productivista⁴³, a partir de un análisis de los procedimientos obstétricos rutinarios, e insertando la modalidad de asistencia al parto más común en Estados Unidos dentro de un contexto

⁴³ En concreto, la gestión del nacimiento se compara a la producción en cadena.

social más amplio y de unos valores comunes. La descripción de las prácticas obstétricas como prácticas rituales repetitivas y estandarizadas, le permite hacer hincapié en su valor simbólico y en la función de confirmación de creencias culturales profundamente enraizadas. Efectivamente, por un lado, se confirmaría la necesidad de control sobre los procesos biológicos y, por otro, la de corregir un cuerpo femenino considerado defectuoso, a través de tecnología apropiada. La práctica obstétrica representaría, por tanto, y al mismo tiempo transmitiría, una serie de creencias y valores compartidos, basados en el principio de separación entre cuerpo y mente y en la visión de las mujeres como máquinas necesitadas de intervenciones tecnológicas para poder funcionar correctamente. Lejos de considerarlos propios del sistema biomédico, Davis-Floyd reconoce en ellos valores dominantes en la sociedad estadounidense y, por ende, compartidos también por la mayoría de las mujeres embarazadas, que ven en la vigilancia continua y en el uso de tecnologías una garantía de seguridad y una medida de buena asistencia. Sin embargo, también identifica, ya en los años 80, varios “ataques” al modelo tecnológico, provenientes tanto del feminismo y del activismo por un parto natural, como de una obstetricia humanística, de la enfermería y matronería, y de las luchas por los derechos del consumidor, y que interpreta como indicio de próximos cambios de rumbo en la atención.

Davis-Floyd hará de la asistencia al parto y, sobre todo, de la asistencia no ginecológica al parto, es decir, de la partería o *midwifery*, su principal ámbito de trabajo, centrándose especialmente en el territorio de Estados Unidos y México. Pero tal vez el principal referente para los estudios culturales sobre las maneras de dar a luz, sea Brigitte Jordan, autora de una pionera obra comparativa, considerada a menudo precursora de todo un área de interés: *Birth in Four Cultures*. A esta antropóloga, se dedica un número especial del *Medical Anthropology Quarterly*, dirigido por Davis-Floyd y Sargent, y centrado en su concepto de *authoritative knowledge* (algo así como conocimiento acreditado o respaldado por un reconocimiento social), que ha tenido y sigue teniendo amplias y fructíferas aplicaciones. Merece la pena detenerse brevemente sobre este concepto, que recuerda la hegemonía gramsciana o el saber-poder al que hacía referencia Foucault.

Con *authoritative knowledge* (de ahora en adelante AK), Jordan entiende aquel sistema de conocimientos “que cuenta”, sobre el que se basan decisiones y acciones, no por su exactitud sino porque goza de mayor legitimidad, provocando al mismo tiempo la devaluación de otros sistemas (Irwin y Jordan 1987). Es aquel tipo de conocimiento considerado obvio, natural, fuera de discusión en un contexto social determinado, que parece sensato, razonable y consensuado pero que al mismo tiempo implica en sí mismo la posibilidad de la sanción y de la coerción. AK es lo que se considera, dentro de un grupo social específico, una fuente legitimadora, la justificación principal e indiscutible de ciertas prácticas. Su construcción no es definitiva, sino que es un proceso continuo

que va configurando y reflejando específicas relaciones de poder. Pero Jordan no está tanto interesada en revelar los procesos de formación y naturalización de determinados AK, sino en considerar cómo actúan diferentes sistemas de conocimiento legítimo desarrollados alrededor del parto y el nacimiento. Se evidencia, de esta manera, la no universalidad biomédica (obstétrica, en este caso) y también, al mismo tiempo, su superioridad relativa, es decir, dependiente de contextos y valores específicos, en un momento en que la biomedicina aún se consideraba modelo indiscutible y supremo. Jordan ha sido por ello definida como la “matrona” de este ámbito de estudio, la que ha ayudado a su nacimiento (Davis-Floyd y Sargent 1996). El concepto de AK ha sido ampliamente utilizado en los estudios sobre *midwifery*, iniciados en países no occidentales, para sucesivamente extenderse a la asistencia ofrecida por matronas o parteras en diversos contextos y distintos entornos: hospitales públicos o concertados, clínicas privadas, casas de parto, domicilios particulares. No solamente las trayectorias formativas y vitales, sino también la situación legal de estas figuras varía enormemente de un lugar a otro y de una época a otra. El interés por estas temáticas, centrales para esta tesis, ha generado un subcampo dentro de la antropología de la reproducción, especialmente dedicado a la asistencia primaria, no médico-ginecológica, al parto en varios contextos socioculturales, en una definición amplia de *midwifery*, que incluye tanto a los diversos tipos de formación biomédica, como a especialistas rituales y practicantes informales (Davis-Floyd y Jenkins 2005).

En lo referido a los países “en vía de desarrollo”, las parteras han actuado como interlocutoras privilegiadas ante distintos organismos, al menos, desde la época de los programas de ajuste estructural, estando su destino y sus competencias fuertemente conectados a las directivas internacionales. En líneas generales, se pasará de una retórica internacional preocupada por el desequilibrio entre población mundial y recursos (Duden 2004 [1992], Lasonde 1997), a una retórica centrada en el problema de la mortalidad materna⁴⁴. Ambas ponen el acento en la necesidad de reducir el número de hijos/as y, en diferente medida, abogan por soluciones técnicas, de las que responsabilizan, en muchos casos, precisamente a las parteras⁴⁵.

Las parteras constituyen, en efecto, desde hace decenios, el principal objetivo de muchos programas gubernamentales y/o de cooperación internacional, por su calidad de mediadoras con el resto de la

⁴⁴ La iniciativa *Safe Motherhood* se lanza a finales de los años 80, con el objetivo de reducir a la mitad la mortalidad materna el el año 2000 (Conferencia Internacional de Nairobi, 1987). Se remite al capítulo 4 de este texto para profundizar en las implicaciones del uso de estos argumentos para el parto en casa.

⁴⁵ En otro trabajo, ya citado en la parte introductoria del presente texto (*Le parteras e le politiche di pianificazione familiare negli Altos del Chiapas*, 2009), desarrollo más en profundidad estas cuestiones. Aquí se mencionan solamente algunas de las problemáticas que han ido emergiendo en los estudios etnográficos, para mostrar una panorámica general de cómo las políticas globales llegan a interferir en situaciones muy concretas, actuando de diferentes maneras sobre conocimientos y prácticas locales.

comunidad, por su capacidad de conciliar saberes locales y técnicas biomédicas, y por remediar la carencia endémica de personal biomédico en muchas zonas rurales. Paralelamente a los desarrollos generales en antropología médica, no tardarán en presentarse lecturas críticas, tanto con la instrumentalización de las parteras (Sesia 1996, Cosminsky 2001), como con los modelos didácticos utilizados en los cursos a ellas impartidos (Jordan 1989), con el uso selectivo y reduccionista de sus saberes (Huber y Sandstrom 2001), con la creencia biomédica de la peligrosidad de sus prácticas (Hurtado y Saenz de Tejada 2001, Quattrocchi 2010) y con el mismo acrónimo TBA, *Traditional Birth Attendant*, utilizado por las agencias internacionales pero rechazado por los sujetos en cuestión (Davis-Floyd y Jenkins 2005). Esto no quita, sin embargo, la pervivencia de estudios demográficos cuyo objetivo es evaluar programas sanitarios específicos, en base a datos puramente cuantitativos. Puede ser emblemático de esta perspectiva, que suele ser bastante más optimista, el trabajo de Frankeberg y Duncan (2001), que valora positivamente la asignación de una matrona profesional en zonas rurales de Indonesia, afirmando una mejora en la salud de las mujeres en edad reproductiva, calculada a través del índice de masa corpórea (BMI, *body mass index*).

Sin duda, una de las principales virtudes de la herramienta etnográfica consiste en la capacidad, o al menos la potencialidad, de restituir la complejidad de las situaciones sociales analizadas. Si es cierto que esto puede ir en detrimento de las posibilidades de comparación, como señala Martínez-Hernández (2008), sin embargo prestar atención a las dinámicas globales (institucionales o no) evita el riesgo de relativizar excesivamente, mostrando los nexos, a estas alturas innegables, entre realidades aparentemente lejanas. En este sentido, la evidencia científica como paradigma único, la biomedicina como modelo médico mundialmente hegemónico, y al mismo tiempo caracterizado por diversas corrientes internas (entre especialidades, orientaciones nacionales, y diferencias generacionales, por ejemplo), la adopción de herramientas múltiples y en principio contradictorias por parte de pacientes y personas usuarias (lo que se conoce como pluralismo médico), son constantes que, en formas diferentes, caracterizan la asistencia al epp y diseñan también las oportunidades de diálogo entre distintos enfoques.

Así, los estudios sobre *midwifery* han puesto de relieve algunos elementos comunes entre contextos muy diversos y, al mismo tiempo, alertado sobre conexiones demasiado apresuradas y no siempre acertadas. Si la afirmación de la obstetricia como rama especializada produce siempre una desvalorización de otros saberes, a través de procesos de profesionalización que siguen caminos muy variados, y crea obvia dependencia de un sistema experto, las formas en las que se dan estos procesos puede diferir profundamente. Fraser (1995), por ejemplo, cuestiona la identificación entre las *midwives* afroamericanas de principios del siglo XX, discriminadas en discursos médicos y

jurídicos de tintes racistas, y el parto en casa contemporáneo, como opción de mujeres blancas, de clase media y con elevado nivel educativo. De manera parecida, Craven y Glatzel (2010) invitan a no considerar las *midwives* un grupo monolítico, en contraste con los discursos sobre una supuesta sororidad universal entre matronas/parteras. Las necesidades y también las estrategias utilizadas cambian de manera considerable, por ejemplo, entre las parteras negras estadounidenses, que utilizaban la negación y el silencio, en situaciones de clara marginación, y las luchas por la regularización de las generaciones más jóvenes, que evidentemente no incluyen ni interesan a las “no formadas” (*id.*). La complejidad de los procesos de reconocimiento y legalización es también subrayada por Davis-Floyd (1996), que da cuenta de los intentos inclusivos y unificadores de la MANA (*Midwives' Alliance of North America*), y de las inevitables dificultades encontradas para unir *midwives* con formación, trayectoria e intereses muy diversos. Asimismo O'Neil y Kaufert (1995) ya señalaban las diferencias entre prácticas de asistencia Inuit, *nurse-midwives* (matronas con formación de enfermería) provenientes de Europa y Australia⁴⁶, y *lay midwives* (parteras no profesionales) en el Sur de Canadá. Solamente éstas últimas se reconocían en un discurso feminista de desmedicalización y reapropiación del parto, que compartían con las mujeres que recurrían a ellas. Para la comunidad Inuit, en cambio, el tipo de asistencia al parto se convierte en motivo identitario y de lucha política (Kaufert y O'Neil 1990, 1995).

En definitiva, identificar modelos de asistencia netamente diferentes, como son el hospitalario y el domiciliario, no impide mostrar la variabilidad empírica, ni los casos de mayor fluidez entre un modelo y otro (Cordero 1996). Asimismo, la voluntad de crear vínculos entre *midwives* de distintos lugares, aprovechando las nuevas tecnologías de la comunicación, no implica una homogeneidad de discursos y prácticas. Utilizar metodologías etnográficas de observación en congresos internacionales de *midwives* ha llevado a dismantelar definitivamente los supuestos de universalidad, al poner al descubierto las atribuciones de “tradicionalidad” a algunas áreas del mundo, y de “conocimientos técnicos” a otras (Fannin 2006). En particular, esta autora señala cómo, en los congresos de la *International Alliance of Midwives*, se les pregunta por métodos tradicionales a quienes vienen de Haití o de Rusia, mientras que se les pregunta por técnicas novedosas a las de Europa Occidental o de Estados Unidos. Se traza, por tanto, una clara línea divisoria entre tradición, entendida en términos de inmovilidad y atribuida a espacios geográficos específicos, y modernidad, entendida en términos de dinamismo y autorreferencialidad.

Muchas de las características identificadas en la asistencia al parto en casa en diferentes contextos,

⁴⁶ A principio de los años 90 todavía no existía formación reglada para matronas en Canadá. La inclusión de profesionales provenientes de otros lugares se debe precisamente a la intención de extender los servicios sanitarios a las mujeres Inuit.

en países occidentales como Estados Unidos (Davis-Floyd 1996, 2001; Cheyney 2011), Canadá (Macdonald 2006), Italia (Maffi 2010), son efectivamente comunes a las encontradas en mi trabajo de campo en Andalucía. Sin embargo, la diversidad histórica, socio-cultural e institucional no puede dejar de ser tenida en cuenta. Así, por ejemplo, en el Estado español, la afirmación del hospital como lugar habitual del parto es un hecho relativamente reciente (sobre todo comparado con América del Norte, pero también con respecto a la vecina Italia); la organización autonómica hace que determinados cambios en la asistencia sanitaria dependan en gran medida de reformas y programas promovidos a nivel de las Comunidades Autónomas; el sistema sanitario es un servicio público, lo que hace algo inapropiado hablar de derechos del consumidor, como sí ocurre, en cambio, en Estados Unidos. Por otra parte, los procesos de demarcación de ámbitos profesionales son siempre excluyentes, y, por lo general, conflictivos. En el caso que nos disponemos a analizar, las campañas de difamación hacia las parteras no son tan recientes como para las parteras negras de Estados Unidos⁴⁷, pero hunden sus raíces en la progresiva definición de un *curriculum* formativo que, lejos de crear redes solidarias entre parteras, produce acusaciones y un distanciamiento explícito de las que no poseen licencia o título (*cf.* cap. 2). Además, la definición identitaria como grupo profesional pasa por la atribución de un *locus* específico y subordinado al médico, que, en el momento de la afirmación de las maternidades hospitalarias, habrá sido, en gran medida, ya asumido e interiorizado.

En otras palabras, se dan importantes diferencias no solamente entre “países en desarrollo” y “primer mundo”, sino entre diversos sistemas educativos⁴⁸, tipos de organización sanitaria (pública, mixta, gestionada a través de compañías de seguros), historias locales. Pero al mismo tiempo, la consolidación de la obstetricia como modelo dominante, el uso cada vez más recurrente del discurso de la evidencia científica, las tendencias marcadas por organismos internacionales como la OMS, y también las redes creadas entre activistas, hacen especialmente adecuado, y a la vez necesario, situar las prácticas estudiadas dentro de un contexto más general.

Los estudios antropológicos sobre reproducción han ido progresivamente ampliándose, para incorporar un gran número de temas, a menudo no directamente relacionados con el parto y el nacimiento. Entre ellos, se puede mencionar las implicaciones de la difusión de métodos anticonceptivos en diferentes contextos (Pearce 1995, Barroso y Correa 1995); las características y funciones de los cursos de preparación al parto (Ketler 2000) y, más en general, de los encuentros

⁴⁷ Aunque la campaña de difamación actualmente lanzada contra las *doulas* mantiene similitudes tristemente manifiestas, caracterizándose por acusaciones improbables que muestran una profunda incomprensión hacia otras modalidades de asistencia (*cf.* cap. 3).

⁴⁸ A nivel de formación secundaria, se distingue, básicamente, entre los sistemas que prevén un acceso directo a los estudios de matrona, y otros que pasan por estudios previos en enfermería.

asistenciales a lo largo del embarazo (Montes 2010, Imaz 2010b); el uso generalizado de tecnologías diagnósticas prenatales (Browner y Press 1995, Rapp 1998, Stormer 2000, Taylor 2000); las maneras de hacer frente a las pérdidas perinatales, en los casos de abortos espontáneos (Layne 2006) o en la primera infancia (Scheper-Hughes 1997); los factores que influyen en las elecciones reproductivas de las mujeres (Browner y Perdue 1988, Browner 2009, Lazarus 1994, Craven 2007); los usos activos de la medicalización en las maternidades de alquiler (Terman 2003); el activismo en la lactancia materna como protesta biocultural y propuesta decolonial (Massó 2013a, b; 2015a); los diferentes enfoques biomédicos sobre la gestión del embarazo y del parto (Blázquez 2010). La riqueza temática se acompaña de una gran diversidad de contextos de estudio, una de las características, se podría decir, ontológica de la antropología.

En cuanto a los trabajos más específicamente referidos al parto en casa, la problematización de lo que se considera “natural” en el parto ha sido señalada repetidamente (Oakley 1979, Moscucci 2003, Macdonald 2006), mientras que varían enormemente las maneras de acercarse a este tema. Ya se han comentado los estudios incluidos bajo la etiqueta de *midwifery*, y que a menudo se centran en la asistencia al parto en casa, pero es claramente posible observar este objeto desde diversos ángulos. Así, por ejemplo, Klassen (2001) analiza las narrativas elaboradas por mujeres de Estados Unidos alrededor del parto en casa, con especial atención a cómo influyen las creencias e identificaciones religiosas; Cheyney (2011) se detiene sobre las experiencias de parto domiciliario como prácticas performativas y generadoras de cambios; Craven (2005) se ocupa de los discursos institucionales (estatales y biomédicos) y activistas (grupos sostenedores de la asistencia domiciliaria) sobre el parto en casa, subrayando cómo éstos giran en torno al núcleo de la responsabilidad materna.

Cabe señalar que, en este breve repaso bibliográfico, solamente se ha tenido en cuenta lo relativo al tener (y no tener) hijos/as, desde las prácticas anticonceptivas a las maneras de vivir el embarazo, de dar a luz y de criar en el posparto, desde situaciones rutinarias, a casos más problemáticos (como las complicaciones durante el embarazo, los abortos espontáneos, las muertes infantiles) o minoritarios (como el parto en casa en países occidentales). Sin embargo, el ciclo reproductivo de las mujeres incluye muchos otros aspectos, que ya han sido objeto de escrutinio etnográfico e historiográfico en una multiplicidad de contextos socio-culturales (cf. Stein e Inhorn 2002). La maternidad, además, incluye también los cuidados proporcionados por las madres durante la primera infancia, que serán tratados aquí solamente de manera tangencial, pero que han inspirado trabajos y reflexiones muy variadas, tanto sobre los aspectos ideológicos de la maternidad y de la definición de “buena madre” (Comas 2000, Esteban 2000, Lagarde 2001 [1990]), como sobre las situaciones concretas de

negociación y de cambio (Comas 2000, Imaz 2010a). Por último, precisamente las aportaciones feministas, han llevado a considerar reproducción no solamente al acto biológico de engendrar, sino a todo aspecto relacionado con las actividades que garantizan la continuidad de la vida biosocial (Moore 2004 [1991], Narotzky 1995). Centrarse en el embarazo, parto y posparto no implica en absoluto negar este planteamiento, sino por el contrario tomarlo como punto de partida para ahondar en las conexiones y, en definitiva, en la indisolubilidad entre el acto del nacimiento y otros momentos vitales, entre realidades particulares, incluso íntimas, y cuestiones más generales.

A la reproducción como “concepto resbaladizo” (Ginsburg y Rapp 1991), y las ventajas de situarlo en el centro de la teoría social, está dedicado un texto colectivo coordinado por Faye Ginsburg y Rayna Rapp en 1995: *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Esta obra coral, que contiene contribuciones sobre aspectos muy distintos de la reproducción, es paradigmática de las direcciones tomadas en este campo, especialmente desde enfoques feministas. En efecto, se pueden señalar varias tendencias generales en los trabajos etnográficos feministas sobre cuestiones reproductivas, al menos en parte ya bosquejados en el texto mencionado.

Por un lado, tal y como se ha observado para la antropología médica en general, se ha optado claramente por una mayor complejidad de análisis, evitando distinciones demasiado netas entre el rechazo y la aceptación, la protesta y el consenso, prácticas dominantes y alternativas. Así, por ejemplo, desde estudios centrados en los efectos de control de los procesos de medicalización, se ha pasado a subrayar los usos activos y las acciones transformativas de los sujetos, a través del concepto de agencia o *agency*; de la procreación como producción en cadena, se ha desplazado el foco de atención a la procreación como acto de consumo, en sociedades reguladas en gran parte por las leyes de mercado; de negar los elementos sacro-religiosos en la gestión biomédica del epp, a desvelar sus múltiples expresiones. Por otro lado, las iniciales resistencias a la incorporación de dimensiones “macro”, es decir político-económicas, en las etnografías (Estroff 1988), han cedido el paso a una más o menos consensuada afirmación de la necesidad de conectar dimensiones locales y globales, procurando explicitar en cada caso a qué se hace referencia con local y con global. Para Ginsburg y Rapp (1991, 1995), hablar de “políticas de reproducción” representa una síntesis de perspectivas “macro” y “micro”, normas y prácticas. En su propuesta, lo “local” no es tanto una noción geográfica sino una arena en la que toman forma significados sociales y en la que se dan interacciones intersubjetivas, negociaciones y transformaciones cotidianas. Finalmente, la importancia de interrogar constantemente las categorías utilizadas se impone como una urgencia en aquellos estudios sobre reproducción atentos a su dimensión política, ya que parte de las disputas se juegan precisamente en el plano del lenguaje y de la contestación de significados (Petchesky 1995).

El concepto mismo de reproducción, por lo tanto, no es estático, sino sujeto a constantes variaciones de interpretación. Retomando a Ginsburg y Rapp (1991), se trataría de un término escurridizo, que ha incluido tanto la constitución y el sustento de la fuerza de trabajo, en sentido marxista, como las ideologías y actividades que permiten la continuidad de los sistemas sociales, o los diversos eventos que van marcando las primeras etapas de la vida humana.

Sin embargo, cabe señalar que, a pesar de los esfuerzos feministas por “arrastrar la reproducción al centro de la teoría social” (Rapp 2001), y muy a pesar de los intereses biomédicos, estatales, comerciales o de agencias internacionales, este ámbito sigue manteniéndose, en antropología y más en general en las ciencias sociales, como un interés exclusivamente feminista, cuando no simple y llanamente de mujeres⁴⁹. Precisamente en el momento en que se afirma la relevancia de la reproducción para la vida social, parece que las que se dedican a mostrarlo en sus trabajos sean casi siempre mujeres (*cf.* Inhorn 2006). Aunque es cierto que en muchos casos el punto de partida, el motivo originario de determinados estudios son, para algunas autoras, experiencias y dilemas personales⁵⁰, no deja de ser sorprendente que el ámbito reproductivo, una vez desmontada su identificación con las mujeres, siga como competencia exclusiva de ellas a nivel analítico-teórico.

3. Aspectos contextuales y metodológicos

Se ha optado por referirse al territorio de una Comunidad Autónoma, aunque pueda parecer ambicioso, por tres motivos principales: porque representa un ámbito fundamental en la gestión sanitaria, al menos a partir de la transferencia de competencias, que se hace efectiva para Andalucía en 1984; porque las alternativas de asistencia para una mujer en espera de un hijo/a se presentan a menudo dentro de los confines autonómicos, con desplazamientos de una ciudad a otra; y porque el reducido número de profesionales que se dedican al parto en casa les obliga a cubrir, a duras penas, el extenso y heterogéneo espacio geográfico andaluz. En efecto, la escasez de profesionales ha hecho especialmente oportuno incluir diferentes zonas, reconstruyendo las oportunidades que se

⁴⁹ Me refiero a la extraordinaria prevalencia de nombres de autoras en la biografía citada. Obviamente en este nivel no se discute la identificación sexo-genérica de cada una de ellas, simplemente se detecta la significativa desproporción entre nombres de hombres y de mujeres.

⁵⁰ Es el caso, por ejemplo, de Rayna Rapp, que empieza a dedicarse al tema de la amniocentesis a partir de su experiencia de test positivo y sucesivo aborto; de Linda Layne, que decide analizar el problema silenciado de las muertes perinatales a partir de varios abortos espontáneos; de Pamela Klassen, que ha parido ella misma en casa y lleva a menudo consigo a su hija durante las entrevistas; de Estér Massó Guijarro, que participa en grupos de lactancia materna como madre, como activista, y como investigadora. Los ejemplos podrían seguir, en la clásica tradición feminista de considerar experiencias personales, corporales y cotidianas como punto válido de partida para reflexiones más generales. En todo caso, si se admite la relevancia social de la reproducción, no se entiende el por qué de esta separación de ámbitos de interés, que se traduce en dedicación casi exclusiva de antropólogas a los aspectos reproductivos.

presentan a madres y padres, y que en más de un caso significan recorrer unos cuantos kilómetros para finalmente dar a luz en sus domicilios⁵¹.

A partir de los enfoques teórico-hermeneúticos presentados, el uso de distintas fuentes y técnicas de investigación se plantea como algo necesario, si no casi obvio. La intención de hacer conversar distintos niveles de análisis ha guiado, además, todo el proceso, en el que las fases de lectura, trabajo de campo y análisis no se han seguido unas a otras de manera lineal, superponiéndose la mayoría del tiempo. Las perspectivas empleadas y los propios propósitos del proyecto han obligado, así, a tener en cuenta elementos muy diversos, lo que se ha pretendido reflejar, en la medida de lo posible, en la escritura, produciendo un diálogo entre textos escritos y orales, entre punto de vista “nativo” y antropológico, y entre fenomenología y dimensiones más macroscópicas.

En los párrafos que siguen a continuación, se desgajarán los medios utilizados para conseguir los principales objetivos del proyecto (reproducidos en cursiva). Se describirán, así, de manera general, las opciones seguidas en el proceso de investigación para responder a las finalidades del proyecto, desgranado las fuentes y las técnicas utilizadas, de tal manera que se pueda conseguir una visión de conjunto del trabajo llevado a cabo y del contexto en el que se ha desarrollado. Ésta introduce a una parte más técnica (epígrafe 3.1), en la que se pasarán a exponer los motivos que han estado a la base de la selección de las unidades de observación y de los sujetos que han hecho de interlocutores privilegiados en la investigación, y se detallarán algunas de sus características.

Uno de los objetivos primarios ha sido *delinear las principales características de la asistencia domiciliaria al parto* (cf. Introducción). Para ello, en primer lugar, se han examinado trabajos etnográficos que han tenido por objeto este tipo de asistencia, en diversos lugares, y desde distintas perspectivas. Se ha dedicado especial atención a la figura de la comadrona/matrona/partera y a las estrategias elaboradas en contextos “hostiles”, en los que el parto en hospital constituye lo mayoritario y normativo, dando lugar a distintos mecanismos la marginalización de otras formas. En segundo lugar, se ha asistido a cursos de preparación al parto en casa⁵², y profundizado en las motivaciones, expectativas y vivencias de quienes optan por recibir asistencia en sus domicilios, a través de entrevistas a madres y padres. En tercer lugar, se ha movido la atención hacia quienes prestan la asistencia en el territorio andaluz.

⁵¹ Así, por ejemplo, desde Córdoba o desde la provincia de Huelva se ha podido acudir a matronas de Sevilla; desde Almería o Málaga a servicios ofertados en Granada; desde algunas zonas granadinas a profesionales de Málaga, etc., siendo la cercanía geográfica un elemento importante pero no único a la hora de determinar las elecciones tanto de madres y padres como de matronas.

⁵² Se volverá con más detalle sobre esta parte fundamental del trabajo en el siguiente epígrafe.

La opción domiciliaria representa una parte muy minoritaria de la atención al parto en Andalucía. Las matronas que operan en este campo se conocen directa o indirectamente entre ellas, es decir las unas saben de la existencia de las otras y, en algunos casos, se remiten clientes, según las zonas y para facilitar la cercanía entre profesionales y personas atendidas. No constituyen, sin embargo, un colectivo unitario ni un grupo de presión, y es importante subrayarlo, ya que en un primer momento se suponía el actuar de un auténtico “movimiento de parto en casa”, de redes de matronas en contacto constante y/o que se movilizasen por intereses comunes. Así, salvo en caso puntuales, no se dan relaciones de intercambio de conocimientos, no se han creado espacios de encuentro para la reflexión y el debate, ni se dispone de medios para poner en común propuestas y soluciones a los problemas más comunes. El aislamiento de cada equipo de trabajo⁵³ es por tanto una situación generalizada.

Muchas de las matronas entrevistadas participan, en cambio, en sus respectivos territorios, en grupos de madres, grupos de apoyo a la lactancia o asociaciones de usuarias como El Parto Es Nuestro (EPEN), aportando sus conocimientos especializados. Para encontrar un espacio organizado con funciones aglutinadoras, o algún elemento militante en el ámbito profesional de la asistencia hay que pasar al nivel asociativo estatal. La Asociación Nacer en Casa reúne a profesionales de todo el Estado, representando, aún en la actualidad, el único referente asociativo en el territorio de Andalucía⁵⁴. Pertenecen a ella una o varias de las matronas que forman parte de los distintos equipos contactados, aunque con niveles de participación muy variables. Su importancia para defender y dar a conocer la modalidad domiciliaria de asistencia, así como para facilitar el intercambio entre sus socias y la elaboración de criterios comunes es indiscutible. Se crea a finales de los años 80, pretendiendo agrupar a las personas que estaban trabajando en este sector a nivel estatal⁵⁵, para generar redes de apoyo entre sus miembros y, al mismo tiempo, funcionar como interlocutor con las instituciones. Sus objetivos, por lo tanto, son, por un lado, *afirmativos*, incluyendo la producción de materiales, el intercambio de informaciones, la organización de actividades formativas y de sensibilización, la presencia en actos públicos, las tentativas de diálogo con hospitales y otras instituciones⁵⁶; y, por otro, *defensivos*, creando un frente común en respuesta a los frecuentes ataques biomédicos o mediáticos dirigidos a deslegitimar esta modalidad de atención. Es gracias a esta organización que se siguen dando encuentros periódicos, discutiendo problemas concretos,

⁵³ Las matronas de parto en casa suelen trabajar en equipos de un mínimo de dos personas, llegando, para el caso de Andalucía, a un máximo de ocho matronas por equipo.

⁵⁴ En otras Comunidades Autónomas existen, en cambio, asociaciones locales de profesionales de parto en casa.

⁵⁵ Cabe señalar que esta Asociación no incorpora a todas las que asisten en casa en el Estado español, siendo además sus criterios de entrada, al menos en sus inicios, bastante selectivos.

⁵⁶ Las propuestas y reivindicaciones hacia las instituciones van desde acuerdos con hospitales particulares para gestionar los traslados de partos iniciados en casa, a demandas más generales, como por ejemplo la de cambios sustanciales en la formación de matronas y la de la cobertura pública de los gastos de la atención domiciliaria.

organizando jornadas, seminarios, congresos u otros eventos. Y es también esta Asociación la que se ocupa de poner en contacto a las familias en búsqueda de asistencia domiciliaria con las matronas más cercanas a su lugar de residencia. Precisamente por su relevancia, además de revisar materiales producidos por la misma y de entrevistar a algunas de las socias, residentes en Andalucía, se ha realizado una entrevista en profundidad a su actual secretaria, ahondando en las metas, proyectos y dificultades de la Asociación, y en eventuales cambios acontecidos a lo largo de los años.

Cabe señalar que en 2007, con el objetivo de cubrir el hueco didáctico dejado por la formación oficial, en la que la atención domiciliaria al parto está del todo ausente, desde Nacer en Casa se diseña un programa docente expresamente dirigido a matronas y profesionales sanitarios interesados en ella. Es un programa ambicioso, reconocido por el Ministerio de Educación, de tres años de duración, y en el que intervienen especialistas internacionales. Con él se da inicio a la Escuela Libre de Salud Holística y Maternoinfantil Consuelo Ruiz. Este formato, cuya puesta en marcha estuvo fuertemente ligada a voluntades personales y al trabajo de un número muy reducido de personas, duró solamente una promoción. Desde 2010 y hasta 2015 la Escuela atraviesa una fase de “hibernación”, en la que no se activa ningún tipo de curso. Simultáneamente, la Asociación hace frente a una reestructuración interna, debido al progresivo abandono de tareas y responsabilidades por parte de las que habían mantenido en el pasado roles de liderazgo. Se lleva a cabo una especie de relevo generacional, impulsado por las socias más antiguas y a partir del que, entre otras cosas, se organizan eventos “menos espectaculares”. Es así que la actual secretaria, Cristina Triviño, habla del Congreso para el 25 aniversario de Nacer en Casa (2013) como de algo más reducido, con menor resonancia respecto a los Congresos precedentes montados por la Asociación, y al que se refiere repetidamente con el apelativo menos altisonante de “jornadas”⁵⁷. Para explicar este cambio menciona cierta inexperiencia de las coordinadoras, los menores recursos a disposición, ya que no se contaba con subvenciones, y el intento de trabajar en pequeños grupos, en lugar de depender de la iniciativa de las más veteranas y activas. Siguiendo esta tendencia a una “escala reducida”, a partir de 2015 se retoma también el proyecto de la Escuela, con un formato menos ambicioso, de cursos temáticos intensivos de duración breve. Al mismo tiempo, y en parte precisamente a raíz del citado Congreso, la Asociación aumenta de tamaño, abriéndose a nuevas inscripciones, y con unos criterios de entrada más laxos que en pasado. Se volverá más adelante sobre esta cuestión.

Finalmente, en cuarto y último lugar, se ha entrevistado a la casi totalidad de personas que asisten (o han asistido) en casa de manera continuada y estructurada en el territorio de Andalucía, quedando fuera, en gran medida, las que lo hacen de manera solamente ocasional, en respuesta a una demanda

⁵⁷ Gran parte de las informaciones que se detallan se desprenden de la entrevista realizada a Cristina Triviño (Madrid, 24 de marzo de 2015).

concreta de mujeres particulares, a veces amigas o conocidas. Esto ha permitido ir definiendo un modelo común y, a la vez, señalar las diferencias internas. Efectivamente, se hará patente que el domiciliario es un *modelo de atención*, particular y distinto del hospitalario. Es por este motivo que, siguiendo las observaciones de una de las comadronas que han participado en el proyecto, se ha evitado utilizar el término extrahospitalario para referirse a la asistencia en casa, ya que implicaría una definición *en relación* al hospital, aunque sea como algo que es externo a éste. Cabe mencionar, no obstante, que se analizará como modelo, enumerando y describiendo sus características, solamente en el capítulo cuatro. Es una elección metodológica: se considera fundamental, para proceder a un análisis exhaustivo, empezar por situar el parto en casa, entendiendo de dónde viene históricamente, en qué marco institucional está inserto, en qué luchas de significado está inmerso, tal y como se expondrá en el segundo y en el tercer capítulo. Y es también una cuestión de rigor histórico, ya que en sus inicios, en la fase de máxima expansión del hospital en el Estado español, la atención domiciliaria se caracterizaba más bien por cierta indefinición y, como veremos, por una búsqueda incesante de informaciones. Es solamente *a posteriori* que se puede interpretar esta fase como el comienzo de un proceso de construcción de un modelo específico, diferente del hospitalario, pero también de la asistencia en casa de pocos decenios antes.

Para abordar el segundo de nuestros objetivos, y *situar la asistencia domiciliaria al parto en un contexto histórico-institucional* específico, ha sido imprescindible recurrir a textos de historia social, y de historia de la medicina y de la ciencia, centrados en la creación de la Obstetricia como rama biomédica. Se han además revisado reglamentaciones específicas sobre la actividad de las matronas en el Estado español. Una voluntad genealógica ha conducido esta parte del trabajo, con la intención de delinear los procesos a través de los que el parto se ha movido al terreno hospitalario, y ha pasado de ser acompañado por familiares, vecinas y parteras, a ser gestionado por diferentes especialistas médicos. En esta labor de reconstrucción de los antecedentes de la normalización del parto hospitalario, se ha prestado especial atención a la profesionalización de las matronas, intentando *trazar el recorrido de esta figura en el Estado español*. Para ello, se ha optado por combinar la revisión de fuentes historiográficas feministas con algunas propuestas de análisis histórico elaboradas por matronas y enfermeras/os en revistas especializadas, haciendo emerger las profundas diferencias de interpretación.

Para *explorar la situación de la asistencia domiciliaria al parto en los años 70 y 80 del siglo pasado*, en el momento de pleno auge de las maternidades hospitalarias, y en el que se desarrolla un sistema de atención privado, directo precursor del actual, se ha tenido la oportunidad de consultar

materiales producidos por matronas domiciliarias a finales del siglo XX y algunas fuentes de archivo de la Asociación Nacer en Casa⁵⁸. Éstas han comprendido actas de asambleas, cartas, transcripciones de charlas, de ponencias en congresos, de intervenciones en programas de radio, recopilaciones de datos de las socias, boletines periódicos, comentarios de artículos, listas de referencias bibliográficas de interés. Esta parte se ha complementado con la revisión de los números de una publicación periódica de la Asociación Española de Matronas, que constituyó durante años, a partir del 1983, el único canal de comunicación entre matronas a nivel nacional. Nos referimos a la revista *Matronas Hoy*, que se ha consultado con el propósito de buscar las trazas de un tipo de asistencia poco común como el domiciliario, pero en el que las matronas eran y son protagonistas. Finalmente, las entrevistas a algunas de las primeras socias de la Asociación Nacer en Casa, una de ellas cofundadora de la misma, y el análisis del audio del mencionado Congreso para el 25 aniversario de la Asociación (2013), han venido a completar las informaciones sobre los (re)inicios del parto en casa, proporcionando los relatos de su iniciación personal y colectiva fuera del ámbito hospitalario.

Se ha procedido, además, a la revisión de recomendaciones internacionales, estrategias nacionales, guías de práctica clínica, proyectos elaborados a nivel de Andalucía, e informes sanitarios. El cuarto objetivo ha sido, de hecho, *identificar el actual marco normativo* en el que se desarrolla la asistencia al epp en el territorio de estudio, y *qué tipo de relaciones* es posible identificar entre la promoción de determinados enfoques en la atención pública, las modalidades de la asistencia domiciliaria y las demandas de grupos de usuarias.

Situar el parto en casa en un marco histórico y sanitario particular ha generado también un análisis de la asistencia al epp como campo conflictivo en el actúan una multiplicidad de sujetos, y se enfrentan significados diversos. En el ámbito profesional, señalamos el trabajo de crítica y fomento de cambios en la atención obstétrica institucional desarrollado por la Red de Mujeres Profesionales de la Salud, impulsada desde el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) de Barcelona y de carácter estatal. Esta red informal, que incorpora a un amplio abanico de profesionales, y en la que participan o han participado algunas de las comadronas andaluzas entrevistadas, surge en 1999 por iniciativa de un grupo de especialistas preocupadas por cómo “el sistema sanitario occidental aborda la salud de las mujeres”⁵⁹. Financiada por el Instituto de la Mujer, organiza encuentros y seminarios de autoformación, pretendiendo seguir y ampliar la labor empezada por el programa

⁵⁸ Se trata de una parte de los documentos producidos por la Asociación o por alguna de sus socias en posesión de una una de las comadronas andaluzas que cubrieron cargos en ella, y que los puso a mi total disposición.

⁵⁹ <http://www.caps.cat/redcaps.html>

Dona Salut i Qualitat de Vida del CAPS, liderado por la médica Carme Valls desde su inicio en 1991. Este programa edita también la revista MyS (Mujeres y Salud)⁶⁰, cuya elaboración y contenido se debe sobre todo al trabajo voluntario de las que pertenecen a la mencionada Red, ofreciendo un espacio para debatir temas muy diversos⁶¹. La atención al parto representa una de las cuestiones tratadas reiteradamente, para subrayar los límites de visiones obstétricas que interpretan el parto como una emergencia, dar a conocer los derechos de las usuarias de los servicios médicos, proponer reformas en el sistema sanitario⁶². Además, para *visibilizar los debates y polémicas* que se dan actualmente alrededor de la asistencia al epp, lo que corresponde a nuestro objetivo cinco, se ha recurrido también a los materiales producidos por un colectivo muy activo de usuarias, la Asociación EPEN, de carácter estatal y con núcleos en cinco provincias andaluzas (Sevilla, Córdoba, Granada, Málaga y Almería). La suscripción a su boletín, la asistencia a algunas reuniones de un grupo local en una fase inicial del trabajo y la entrevista en profundidad a una de sus socias y abogada especializada en casos de violencia obstétrica, han servido para bosquejar los elementos fundamentales de los discursos activistas en torno al epp. Aún sin constituir éstos un interés central para la presente investigación, se ha decidido aproximarse a la labor de esa Asociación por dos razones: porque ha contribuido a la redacción de documentos ministeriales para el fomento de una reforma de la atención obstétrica, y porque se considera representativa, por su importante papel en la defensa de los derechos de las mujeres en el epp, del espacio que ocupa el parto en casa en este ámbito.

Por último, con la finalidad de ahondar en *cómo se representa habitualmente el parto en casa*, se ha activado una alerta en un motor de búsqueda, con las palabras “parto en casa” y “parto domiciliario”, que ha facilitado la revisión sistemática de las noticias de prensa sobre el tema. Éstas han contribuido a contextualizar las reacciones relatadas por madres y padres, y referidas a su entorno social más inmediato y al personal sanitario al que han acudido.

⁶⁰ La revista nace en 1996 a raíz del primer Congreso Internacional "Dona, Salut i Treball", organizado por el CAPS. Su número "0" apareció en las jornadas feministas catalanas "20 Anys de Feminismo". Su objetivo es ser un espacio de intercambio y difusión de conocimientos dirigidos a mejorar la salud de las mujeres. Por ello, mantiene contactos con grupos que trabajan tanto a nivel estatal como internacional, y en particular con redes latinoamericanas y con el conocido Colectivo de Boston, referente histórico en el ámbito de las reflexiones producidas en torno a la salud de las mujeres, su medicalización, y las posibilidades de autogestión.

⁶¹ Forman parte del Consejo asesor también antropólogas como Mari Luz Esteban y Verena Stolke o historiadoras como Teresa Ortiz. En el campo de la asistencia domiciliaria al parto, destaca el nombre de la médica María Fuentes, autora y asesora de la revista, y figura clave a la hora de indagar en los desarrollos del parto en casa en el Estado español y en Andalucía. Su trabajo para la difusión de esta modalidad de atención empieza a finales de los 70 en Catalunya, y sigue a lo largo de los años, tomando formas diferentes. Es entre las impulsoras de proyectos como la cooperativa Titania-Tascó, la Asociación Nacer en Casa, la Escuela Libre de Salud Holística Consuelo Ruiz, el Centro Artemisa en Arcos de la Frontera, todos ligados de diferentes maneras al parto domiciliario; ha asesorado y sigue asesorando a comadronas interesadas en atender partos en casa; se ocupa de la formación de doulas y sigue llevando grupos de preparación al parto.

⁶² Para más informaciones se remite a la página web de la revista: <http://mys.matriz.net/presentacion.htm>.

Antes de cerrar este epígrafe, cabe señalar que la participación en congresos internacionales y en algunos seminarios ha proporcionado momentos de confrontación inestimables y la oportunidad de conocer puntos de vista estimulantes de antropólogos y antropólogas que trabajan sobre temas afines o desde perspectivas similares a las elegidas. En particular, dos seminarios en Madrid, el *X Workshop Internacional Ciencia, Tecnología y Género: Visiones y versiones de las tecnologías biomédicas*⁶³, y el seminario *Parto “natural” y parto medicalizado. Diálogo entre las experiencias de las mujeres y de las comadronas italianas, españolas y mayas*⁶⁴ han servido de plataforma para encuadrar algunas de las cuestiones que iban emergiendo del trabajo de campo y para afinar las hipótesis del proyecto. El *VI Congresso da Associação Portuguesa de Antropologia*, el I y, sobre todo, el *II Congreso Internacional de Antropología AIBR*⁶⁵ han representado foros en los que la antropología médica y los enfoques feministas han ocupado un espacio importante. Desde mi punto de vista, y en lo referido a este proyecto de investigación, es en el simposio “Género y Feminismo I”, coordinado por José Luis Anta en el marco del *II Congreso AIBR*, donde opiniones, comentarios y sugerencias a la comunicación presentada⁶⁶, me confirmaron, al menos, el considerable interés de los temas afrontados.

3.1. Definiendo el espacio de interlocución

De manera general, y a partir de lo hasta ahora expuesto, podría sostenerse que el presente texto se ocupa de la asistencia al parto en casa como modalidad comprensiva del embarazo y del posparto, desde el punto de vista de quien la protagoniza (matronas, madres y padres), y prestando atención a las conexiones con otros momentos históricos y contextos socio-culturales, y con el contexto sanitario general. Así, el centro de interés del trabajo de campo ha sido descubrir cómo se manifestaba y construía el parto en casa en los discursos y en las prácticas en el embarazo, en los relatos y las valoraciones de la experiencia vivida, en las maneras de hacer frente al posparto. En todo caso, se ha tratado siempre de narraciones e interpretaciones, lo que no descalifica la validez del trabajo etnográfico, sino constituye más bien su rasgo definitorio. Las prácticas, discursivas o

⁶³ 23-25 de marzo de 2015, Madrid, MediaLab Prado

⁶⁴ 23 de junio de 2014, Departamento de Antropología Social, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid. La presencia, en este seminario, de algunas comadronas domiciliarias proporcionó, además, una oportunidad única para conocer sus problemas más comunes, gracias a la conversación que tuvo lugar posteriormente al evento.

⁶⁵ Respectivamente, en Coimbra, del 2 al 4 de junio de 2016; en Madrid, del 7 al 10 de julio de 2015; y en Barcelona, del 6 al 9 de septiembre de 2016.

⁶⁶ El título de la comunicación a la que hago referencia es el siguiente: “¿Es parir en casa feminista? Algunas reflexiones a partir de la atención domiciliaria al parto en Andalucía”.

no, han sido observadas, descritas e interpretadas.

Siempre el punto de vista “especialista” de quien escribe interactúa con el de los sujetos estudiados. La diferencia, si acaso, estriba en reconocerlo o no, darle más o menos espacio en el momento de la redacción. En este caso, se ha apostado por un enfoque dialógico, reflexivo y auto-objetivante, en el que se reconoce en “el otro” (más bien la otra) un sujeto activo, se asume la etnografía como proceso de construcción reflexiva, y se visibiliza, cuando es posible, la presencia de la antropóloga en el campo. Si la incorporación es la condición existencial del ser humano, el estar en el mundo habitándolo con el propio cuerpo y habituándose a ello, como se ha afirmado en la primera parte del capítulo, esto se traduce, a nivel metodológico, en hacerlo patente en las notas de campo y en las sucesivas reelaboraciones.

En cuanto a la determinación de los sujetos de estudio, por un lado, y del principal espacio de observación participante, por otro, cabe avanzar algunas puntualizaciones. Se partía de la hipótesis de que el “hospital” y la “casa”, como lugares de asistencia que implican modalidades profundamente diferentes entre sí, no constituían en todo caso mundos aislados, sino caracterizados por confines fluidos y permeables y relaciones de las que era necesario dar cuenta. Pronto resultó evidente que, más que relaciones puntuales y eventuales, se daban interacciones constantes, debido en gran medida a la misma estructuración de la formación y de la asistencia. Todas las matronas que han participado en este estudio tienen formación hospitalaria y la gran mayoría trabaja también en la sanidad pública, en hospitales o centros de salud. Todas las madres han tenido un seguimiento mínimo de pruebas y analíticas en centros públicos o privados, relacionándose una o varias veces con diferentes estructuras y profesionales; algunas han asistido durante el embarazo a los cursos ofertados por la Seguridad Social; más de una ha tenido un parto anterior en hospital; en diferentes casos un parto planificado e iniciado en casa ha terminado con un traslado al hospital; y, por último, no todas las parejas que asisten a los mencionados cursos de preparación quieren un parto en casa. Como se verá, existen diferentes opciones, que incluyen también la posibilidad de un acompañamiento profesional desde la casa, en la que se inicia el proceso de dar a luz, hasta el hospital, donde se ha decidido terminar el nacimiento. En definitiva, no ha sido necesario dirigirse expresamente al hospital para documentar sus características y sus cambios recientes, ya que el hospital está *en todas partes y todo el tiempo*. El modelo biomédico de asistencia al epp se caracteriza, así, por una omnipresencia hospitalaria, que no desaparece en el caso de optar por un nacimiento en domicilio. El hospital, de hecho, se mantiene como principal referente, aunque sea para tomar distancia de algunas prácticas. Y esta presencia constante resulta extremadamente evidente a lo largo del embarazo, en un itinerario de visitas, pruebas y tratamientos que en ningún caso se rechaza del todo. No obstante, se ha contactado también con personal hospitalario, manteniendo

varias conversaciones con matronas y con personal técnico del *Proyecto de Humanización* implementado en Andalucía⁶⁷. Se ha entrevistado, además, a tres matronas especialmente involucradas en este proyecto: una dedicada exclusivamente a la asistencia hospitalaria, otra que ha asistido sólo puntualmente partos domiciliarios, y una tercera que compagina sistemáticamente trabajo en hospital y en casa. Por último, se han visitado dos hospitales andaluces, uno público y otro privado⁶⁸, en ambos casos con la guía de una matrona, con la intención de tener una idea al menos aproximada de la estructuración del espacio hospitalario.

Las principales interlocutoras han sido matronas y madres. Las madres, porque se trata de un proceso eminentemente corporal que protagonizan y al que al mismo tiempo están sujetas, a través de prescripciones, miradas, consejos expertos y menos expertos, ejercicios, pruebas médicas, complementos dietéticos o fármacos de vario tipo. Interpelarlas ha sido indispensable, en suma, para descubrir los vericuetos de la modalidad de atención que nos interesaba analizar. Las matronas, por constituir el colectivo profesional que se dedica en gran medida a la asistencia domiciliaria y, más en general, a lo que se considera fisiológico o “normal”. Aunque se den también casos de ginecólogos/as que operan en este sector, el parto en casa constituye un ámbito de trabajo por excelencia de las matronas, precisamente porque entre sus planteamientos básicos está la no necesidad de intervenciones técnico-farmacológicas especializadas. Esto último implica admitir el valor de los hospitales y del trabajo de otros profesionales y recurrir a ellos en momentos y situaciones determinadas, pero cuestionando la conversión del espacio hospitalario en el entorno habitual y más adecuado para dar a luz. Se configura, por otra parte, como un movimiento inverso, en primer lugar de reapropiación de saberes y prácticas históricamente compartidas en mayor o menor medida por mujeres en edad reproductiva, y progresivamente expropiado en el proceso de construcción de la Obstetricia y Ginecología; y, en segundo lugar, de recolocación espacial del acontecimiento del nacimiento. Las matronas juegan un papel determinante en este movimiento, por lo que no se han incluido en la investigación a otros profesionales que cubren funciones secundarias en el tipo de asistencia estudiada, mientras que su presencia e intervención en la escena del parto es más bien común en el caso de los hospitales⁶⁹. En cambio, se han incluido algunos padres, por la relevancia que asumen en el modelo de atención propuesto como objeto de análisis, evidente ya

⁶⁷ Es precisamente la que se denomina “corriente humanística” en la atención, fomentada a nivel institucional, la que, al aproximarse a algunos de los planteamientos provenientes del parto en casa, requirió de un análisis más profundo.

⁶⁸ Los dos hospitales seleccionados representan, en cierto sentido, dos extremos del abanico de posibilidades presentes en el territorio andaluz, siendo uno un gran hospital público universitario, laico, con funciones docentes y abierto a todo tipo de personas usuarias; y el otro un centro privado con claras influencias católicas, y unas tipologías de clientes muy definidas.

⁶⁹ Me refiero básicamente a ginecólogos/as, anestesiastas y pediatras.

desde su participación activa en los cursos prenatales.

Por último, se ha decidido centrar parte importante del trabajo de campo precisamente en los cursos de preparación al parto, o de preparación a la mater-paternidad, ofertados por un centro que se dedica principalmente al acompañamiento domiciliario del parto, identificando en ellos unos lugares estratégicos para detectar las características fundamentales de un modelo de asistencia y de una corriente particular interna a éste⁷⁰, enriqueciendo así enormemente las conclusiones derivadas del trabajo de archivo y de entrevistas. Por tanto, aunque los cursos no siempre estén asociados a la asistencia domiciliaria, puesto que no todas las matronas andaluzas que se dedican al parto en casa los consideran parte imprescindible de su trabajo, se han revelado una fuente de información incomparable. Estos encuentros también permiten mirar hacia quienes buscan informaciones diferentes de las ofrecidas por la sanidad pública y deciden tener a su hijo/a en casa, sus porqués, qué dificultades (o facilidades) encuentran, qué experiencias han tenido con otros servicios sanitarios. Así, en el diálogo con las comadronas, y entre padres y madres, se configura también el tipo de relación establecido con el “aparato biomédico”, entendiendo con ello tanto los aspectos burocráticos y protocolarios de los servicios de salud primarios u hospitalarios, como las informaciones recibidas, las tecnologías utilizadas y los profesionales consultados. De alguna manera, se podría afirmar que los cursos de preparación condensan gran parte de los motivos que están a la base de este proyecto, tanto en sus hipótesis como en sus objetivos. Además, estar en uno de ellos, en una fase inicial del trabajo, facilitó considerablemente proceder a la elaboración de los guiones de entrevista.

Se ha ido generando un trabajo de idas y vueltas, en el que las primeras entrevistas, de carácter exploratorio, permitieron delimitar el campo de observación y seleccionar los cursos de preparación como unidad privilegiada de análisis. Por otro lado, el primer curso en el que se participó contribuyó, como se ha señalado, a definir el diseño de las entrevistas, y estas últimas a volver a los cursos con un nuevo bagaje y, por lo tanto, también una atención renovada, especialmente hacia los aspectos más problemáticos. Se ha tratado, en el fondo, de un juego de retroalimentación continua tanto entre revisión de fuentes bibliográficas de diferente tipo y trabajo de observación participante y entrevistas, como entre el *estar ahí* de la etnografía y las conversaciones más estructuradas.

Las entrevistas y la observación llevada a cabo se han desarrollado entre 2013 y 2015, aunque los primeros contactos y algunas entrevistas exploratorias se remonten a años antes⁷¹. Esta parte del

⁷⁰ Tal y como se explicará en el capítulo 5, se optó por profundizar en ella con la intención de incidir en aquellas posturas más politizadas, cuyas aportaciones se consideraban relevantes por promover cambios profundos en las formas de la asistencia.

⁷¹ En 2011, en el marco de una beca Leonardo Da Vinci, y con la idea de empezar un trabajo exploratorio para elaborar un proyecto de doctorado, contacto con las primeras comadronas, en la ciudad de Sevilla.

trabajo ha dado lugar a lo que, parafraseando a Didier Fassin⁷², podría definirse una cantidad amorfa de materiales empíricos, “siempre excesivos”. En efecto, la participación en diferentes eventos relacionados con el parto en casa (presentación de documentales, charlas, reuniones más informales, encuentros de EPEN, semanas del parto respetado, jornadas, seminarios) y las múltiples conversaciones mantenidas con diferentes actrices, han ido ampliando el campo de manera sorprendente y muy útil, siendo francamente un reto ir reconstruyendo y revelando su complejidad. Las conversaciones más informales y la participación en distintos foros, se consideran, de hecho, parte integrante del trabajo, aunque se reconozca también toda su indeterminación y su redundancia. Los diálogos con matronas hospitalarias y/o domiciliarias, con mujeres embarazadas, con madres y padres de niños/as pequeños/as, con activistas por un parto respetado, con la autora y el realizador de un documental sobre la asistencia al parto en distintos contextos nacionales⁷³, con personas que han presenciado y acompañado uno o varios partos en casas en calidad de amigas, *doulas* o hermanas, han proporcionado la oportunidad de aquella inmersión en el contexto de estudio, tan típica de la antropología y tan importante para avanzar en la comprensión de una realidad social concreta. Estos encuentros, que han tenido lugar de manera a veces fortuita, porque alguien sabía del trabajo que estaba desarrollando, otras facilitados por alguna de las actividades mencionadas, han representado también una de las vías de contacto para las entrevistas. Otras han sido las página web de la Asociación Nacer en Casa, de la Asociación El Parto es Nuestro, de grupos de matronas que publicitan su oferta de servicios, además de las referencias directas de matronas y madres, y de un grupo de preparación al parto, cuyos participantes han dado su disponibilidad para ser entrevistados/as⁷⁴.

Se ha conseguido contactar con la casi totalidad de los equipos que trabajan en la asistencia domiciliaria en Andalucía, entrevistando, cuando ha sido posible, a todas sus componentes⁷⁵. Mencionamos, entre los más conocidos, Vidar, en Sevilla; Oceans Comadronas, en Granada; y, de más reciente creación, Nacimiento Consciente, en Cádiz. El número total de personas ocupadas en la asistencia domiciliaria en esta Comunidad Autónoma, sin embargo, es difícil de establecer, porque está sujeto a frecuentes variaciones, con abandonos temporales y/o nuevas incorporaciones; porque puede oscilar según se incluyan o no personas que lo hacen de manera puntual o que participan en los equipos de trabajo como colaboradoras (por ejemplo *doulas* o ginecólogos/as); y porque no existe ningún registro oficial que las contabilice. Por las informaciones a mi disposición,

⁷² En su intervención en la conferencia inaugural del *I Congreso Internacional de Antropología AIBR*, 2015.

⁷³ Nos referimos al documental *Loba*, de Catherine Béchar, un viaje por la asistencia al parto entre Francia, Catalunya, México y Cuba, presentado en Sevilla el 24 de enero de 2016.

⁷⁴ Aunque nadie se haya mostrado contrario a mi presencia en el grupo, cabe señalar que una de las parejas prefirió no realizar la entrevista.

⁷⁵ Así, en el caso de Málaga, se entrevistaron a tres de las cuatro matronas que conformaban un mismo equipo.

calculo entre 20 y 25 matronas que se dedican a esta actividad de manera estructurada y continuada, por lo que considero altamente representativa la muestra seleccionada para esta investigación. En el caso de las profesionales, así, dada su escasez numérica, se ha optado por contactar con todas de las que se ha tenido noticia, y por entrevistar las que se han prestado a ello en el periodo del proyecto. Para seleccionar las madres, en cambio, se ha utilizado la técnica de “bola de nieve”, pidiendo que los mismos sujetos (madres y, en algunos casos, también matronas) indicasen otras mujeres que pudiesen participar en el estudio, estableciendo como única condición que el parto hubiese tenido lugar en los últimos diez años. Aunque esta técnica de muestreo no garantiza representatividad, ha permitido tener acceso a personas difíciles de contactar de otra manera, cubriendo una gran variedad de situaciones, incluidos casos de descontento con la atención recibida. Mi conocimiento del campo de estudio me lleva a sostener, no obstante, que sus características, en las que se ahondará más adelante, son bastante generalizables. De momento me parece interesante señalar que, aunque con las debidas excepciones, las mujeres que eligen esta opción tienen en común una formación medio-alta, y suelen servirse de distintos recursos, no solamente biomédicos, para cuidar de su salud. Su situación laboral, sus ingresos, y sus condiciones materiales de existencia, en cambio, varían de manera considerable, haciendo algo inadecuado hablar de “clase social” para definir las.

El número de entrevistas a realizar no ha sido establecido con anterioridad, sino impuesto por la misma evolución del trabajo. Se ha llegado, así, a un punto de saturación, en el que, a pesar de la variedad potencialmente infinita de experiencias vividas, han empezado a repetirse motivos, cuestiones más problemáticas, elementos claves, conexiones entre distintos aspectos.

Las entrevistas han tenido un formato semi-estructurado, y una duración variable de entre una y dos horas para madres y padres, y hasta tres horas para las matronas. Se han realizado en su mayoría en el lugar de trabajo o en el domicilio de las personas contactadas, y de manera individual, salvo en dos casos en los que estaba presente la pareja, y se han formulado las preguntas a ambos miembros. Han sido grabadas y posteriormente transcritas y analizadas con la ayuda de un software de análisis de datos cualitativos. Con respecto al contenido de las entrevistas, éstas se han basado en una serie de bloques temáticos que han servido de guía, permitiendo, al mismo tiempo, amplia libertad en la conversación. A medida que avanzaba el trabajo se iba redefiniendo levemente el vocabulario y la misma formulación de las preguntas, que, especialmente en el caso de las madres, en un primer momento parecían alejarse de sus experiencias concretas y cotidianas. Coincidió, a este propósito, con Uribe, que ya hace dos décadas hacía hincapié en la paradoja antropológica de preguntar de manera sagaz sobre lo que se desconoce, pero sin dirigir excesivamente la conversación. En sus

palabras (Uribe 1996: 54), la entrevista debería ser algo orientado “por alguien, quien, según el “libro de estilo” metodológico de la profesión, no debe imponer corsés a lo que va a estudiar y que, paralelamente, debe preguntarse perspicazmente sobre lo que se supone quiere saber y hasta entonces desconoce”. Convivir con esta contradicción que subyace a la labor etnográfica no ha sido siempre sencillo, pero ha permitido ir profundizando cada vez más en los motivos de fondo de los que surge el presente proyecto, pasando de cierta torpeza a la capacidad de ir adaptando el lenguaje a las personas que hacían de interlocutoras⁷⁶.

En el caso de madres y padres, las conversaciones giraban alrededor de los siguientes temas: motivaciones para parir en casa (y opiniones/reacciones de las personas cercanas); canales de información para elegir las matronas que iban a encargarse de la asistencia; relación durante el embarazo con otros servicios/profesionales médicos; expectativas y miedos; vivencias del parto (insistiendo, por un lado, en la manera de hacer frente a dificultades, tiempos largos, dolor, y por otro, en el papel del acompañamiento); decisiones tomadas sobre pruebas concretas y vacunas; experiencias de posparto (informaciones previas, maneras de vivirlo, apoyo recibido).

Para las matronas se han tenido en cuenta los siguientes bloques temáticos: su trayectoria formativa y profesional; las redes en las que participan (colectivos, asociaciones profesionales); la manera de autodefinirse (matrona, comadrona, partera) y sus razones; los motivos para dedicarse a la asistencia domiciliaria; las actividades que desarrollan (formas de organizarse, herramientas, materiales, requisitos y criterios establecidos, precio, número de partos atendidos, territorio de actuación); las relaciones con el aparato biomédico (estructuras, medios técnicos, otros profesionales); los modos de publicitarse (y en general cómo llegan las clientes a ellas); su identificación eventual con un movimiento de parto en casa nacional o internacional; su visión de la salud; su opinión sobre “cuestiones críticas” concretas (la figura de las doulas, el *Proyecto de Humanización*, la posibilidad de muertes en los nacimientos domiciliarios, los partos sin acompañamiento profesional).

La intimidad de muchas situaciones y de las informaciones recibidas no ha constituido un obstáculo y en más de un caso la entrevista ha representado un espacio “seguro” para relatar partos traumáticos, incomprensiones de pareja o situaciones laborales particularmente difíciles. Así, si en un primer momento, en un grupo de preparación, se me han pedido hojas de consentimiento

⁷⁶ Un ejemplo muy claro de adaptación del lenguaje podría ser el de utilizar el término “medicina convencional” o incluso “medicina tradicional” para referirme a la biomedicina, siguiendo los usos más comunes entre las personas entrevistadas.

informado, una vez redactadas se han revelado inútiles, ya que la relación de confianza construida a la largo de las sesiones ha hecho superfluo firmar un documento escrito⁷⁷.

Se ha realizado un total de 60 entrevistas, 26 a profesionales (matronas en gran mayoría, véase figura 4), 32 a madres y padres (figuras 2 y 3), y 2 a representantes de las Asociaciones Nacer en Casa y EPEN. Las entrevistas repetidas se han dirigido a una misma persona, antes y después del parto, en cinco casos; o a matronas con amplia trayectoria profesional o perfiles múltiples, en dos casos. Dos entrevistas han sido realizadas fuera del territorio de Andalucía, respectivamente a una de las socias fundadoras de la Asociación El Parto es Nuestro, madre que ha parido tanto en hospital como en casa y abogada especializada en casos de violencia obstétrica; y a la actual secretaria de Nacer en Casa, matrona que trabaja tanto en la sanidad pública como en la asistencia domiciliaria, y madre de un hijo nacido en casa. Ambas entrevistas han tenido una estructuración diferente al resto, siendo su objetivo principal incidir en el papel y en los objetivos de ambas asociaciones. Por ello son también las únicas en las que se reproduce el nombre real de las entrevistadas, ya que no se utilizan informaciones relativas a su vida personal, sino representativas de objetivos, problemas y posturas internas a un colectivo. Para las demás se han empleado nombres ficticios y, en el caso de las matronas, se ha prescindido de especificar su lugar de trabajo, ya que, por su escaso número, resultaría demasiado sencillo identificarlas. Se indican, sin embargo, en un mapa, los grupos y el número de profesionales contactados en los distintos lugares (fig. 1).

⁷⁷ Se me ha preguntado también expresamente si necesitaba entregarlas en la Universidad, para, en este caso, cumplir con la firma requerida.



Fig. 1 La atención domiciliaria en Andalucía. Profesionales y equipos contactados.

Con respecto a los cursos de preparación al parto, se ha participado en cuatro de ellos, en un centro que se dedica a la asistencia domiciliaria. Una buena parte de las sesiones ha sido también grabada en formato mp3, y posteriormente escuchada de manera selectiva. Para las características de estos grupos se remite al capítulo 5, en el que se describen la estructura de las sesiones, sus finalidades y sus funciones.

Las entrevistas a madres y padres se han dirigido, en un primer momento, precisamente a algunos de las/los participantes de un grupo de preparación al parto, antes y después del nacimiento, estableciendo como condición su planificación en el domicilio, pero sin importar que éste hubiese finalmente terminado en casa o en hospital. En un segundo momento, se han incluido a madres (y algún padre) que habían parido en casa en distintas zonas de Andalucía, tanto urbanas o periurbanas, como rurales. En concreto, la mitad de las entrevistadas vive en centros urbanos, un 15% en sus alrededores, y un 35% en pueblos y zonas de sierra. Se ha optado por incorporar a mujeres de diferentes áreas, asistidas en un lapso de tiempo relativamente corto y que coincide aproximadamente con el inicio del trabajo de asistencia domiciliaria de los diferentes equipos existentes en el territorio andaluz. De esta manera, se ha podido cubrir un abanico muy extenso de posibilidades y situaciones y conseguir una visión más elaborada del parto en casa como modelo y práctica de asistencia, precisamente gracias a los relatos de sus destinatarias.

Características de las personas entrevistadas

Las edades de las mujeres entrevistadas varían entre los 27 y los 41 años, con una edad media del primer parto a los 32 años (31,95), estando levemente por encima de la edad media andaluza, calculada en 31,2 años para el 2013⁷⁸. Presentan situaciones socio-laborales muy diversas y un nivel formativo medio-alto, sobre todo en el ámbito de las humanidades y de las ciencias sociales (con estudios en Filología, Humanidades, Ciencias Políticas, Magisterio, Sociología, Antropología, Trabajo Social) o en el sector sanitario (exclusivamente en Enfermería y Fisioterapia), aunque también se den dos casos de estudios profesionales y uno de abandono de la carrera universitaria. Casi todas, excepto una italiana, son de nacionalidad española, y la gran mayoría originarias de Andalucía⁷⁹. Cabe señalar que muchas de las madres entrevistadas han decidido cambiar o dejar sus respectivos trabajos para dedicarse a la crianza durante un tiempo variable (de unos meses a varios años) y en condiciones también muy variables (desde permisos de maternidad retribuidos y periodos de excedencia reglados, a condiciones laborales más precarias y difícil reinserción posterior). Solamente en un caso el principal cuidador ha sido el padre, que se beneficiaba de un subsidio de prejubilación. Parece también interesante notar que más de una de las madres ha encontrado empleo en proyectos educativos alternativos (*cf.* fig. 2). Puede interpretarse, de alguna forma, como una manera de retribuir un trabajo de crianza ya empezado en el espacio doméstico, y que suele ir acompañado de un proceso de autoformación, a veces bastante exigente, en diferentes corrientes pedagógicas.

Por lo que respecta a los padres, se incluyen a algunos de ellos, como ya se ha comentado, a partir de la constatación de la importancia de su papel en el modelo de asistencia analizado. Señalamos, sin embargo, la dificultad de quedar con ellos para realizar la entrevista, como ya ha ocurrido en otras investigaciones centradas en las elecciones reproductivas (Rapp 1998; Blázquez 2009), que reafirma la dedicación principalmente materna a la crianza y la persistente división de papeles también en contextos de su parcial cuestionamiento. Así, si para las madres las entrevistas han representado a menudo un momento de desahogo, de relativa pausa de las actividades rutinarias y a veces pesadas de la crianza, pero sobre todo una oportunidad única para relatar experiencias muy importantes para sus vidas, por lo general no ha sido así para los padres. No solamente la dedicación mucho más común de los padres al trabajo remunerado hacía supuestamente más difícil acordar una cita, sino que la impresión general es que las madres solían atribuir un valor a este

⁷⁸ <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/blog/2015/03/sid-2013/>

⁷⁹ Salvo dos nacidas en Madrid, y una en Huesca (Aragón).

estudio, como fuente de información “para otras madres” o para la sociedad más en general, para que parir en casa dejase de verse como una “locura”, cuestión que los padres no veían o al menos nunca explicitaban.

Las dos tablas que siguen muestran algunas de las características de las personas entrevistadas, el número y los lugares de los partos, las edades de hijos/as. Los datos reproducidos hacen referencia al momento de la entrevista.

| TABLA MADRES | | | | | |
|--------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------|
| PROVINCIA | NOMBRE | EDAD | FORMACIÓN Y SITUACIÓN LABORAL | PARTOS | EDAD HIJOS |
| Sevilla Zona urbana Zona periurbana | Pepa | 36 | Periodismo/Antropología Empleada en una institución pública Actualmente no ocupada* [excedencia para dedicarse a la crianza] | 1 (T) | Meses |
| | Inma | 37 | Técnica universitaria | 1(H) | Meses |
| | Rosa | 27 | Ciencias política/Máster en Teatro social Monitora de teatro | 1(T) | Meses |
| | Paula | 32 | Filología Árabe Panadera y acompañante en un proyecto educativo | 2 (C+C) | 8 y 4 años |
| | Isa | 32 | Historia del Arte/Máster en Rehabilitación del Patrimonio Vendedora en un puesto de alimentación | 1 (C) | Meses |
| | María Ángeles | 38 | Fisioterapeuta | 1 (C) | 4 años (adoptado) Meses |
| | Antonia | 40 | Sociología (Doctorado) Coordinadoras de proyectos en una Fundación pública | 3 (C+H+C)** | 10 y 7 años Meses |
| Nuria | 30 | Trabajo social Artesana Actualmente no ocupada [dedicación a la crianza] | 1 (T) | Meses | |
| Córdoba Zona urbana Zonas rurales | Lola | 41 | Filología Inglesa Profesora de instituto | 1 (C)*** | 4 años |
| | Claudia | 36 | Humanidades Trabajo en cooperación internacional Actualmente no ocupada [dedicación a la crianza] | 1 (C) | 2 años |
| | Victoria | 32 | Enfermería/Cursando estudios para matrona Dedicación exclusiva a la crianza en los primeros años Actualmente no ocupada | 2 (H+C) | 8 y 5 años |

* Se entiende aquí por ocupación una actividad laboral remunerada.

** Solamente el último de los tres ha tenido lugar en Andalucía.

*** Embarazada de una segunda hija al momento de la entrevista, y con perspectiva de tenerla en casa.

| | | | | | |
|-----------------------------------------------|---------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|
| | Bárbara | 41 | Imagen y Sonido/Formación en terapias alternativas Acompañante en proyecto educativo | 1 (C) | 7 años |
| | Juana | 41 | No ha terminado la carrera Acompañante en proyecto educativo | 2 (H+C) | 7 y 2 años |
| | Sonia | 39 | Enfermería Acompañante en proyecto educativo | 2 (T+C) | 8 y 5 años |
| | Susana | 38 | Magisterio Dedicación exclusiva a la crianza en los primeros años Doula | 3 (C+H+C) | 12, 10 y 5 años |
| | Adela | 36 | Magisterio Dedicación exclusiva a la crianza en los primeros años Trabajo en proyectos educativos y de cooperación | 1 (C) | 5 años |
| Málaga Zona urbana Zonas rurales | Inés | 38 | Profesora de español para extranjeros Actualmente no ocupada | 1 (C) | 3 años |
| | Esther | 34 | Trabajo Social Administrativa en empresa familiar | 1 (C) | Meses |
| | Azahara | 39 | Sociología/Formación en terapias alternativas Actualmente no ocupada [dedicación a la crianza] | 2 (H+C) | 7 años Meses |
| Huelva Zonas rurales | Bea | 34 | Auxiliar de Enfermería Dedicación exclusiva a la crianza en los primeros años Artesana y doula | 2 (C+C) | 6 y 4 años |

Fig. 2 (T= Traslado; C= Parto en Casa, H= Parto Hospitalario)

| TABLA PADRES | | | | |
|---------------------|-----------|---------------|-----------------|------------------------------------|
| PROVINCIA | NOMBRE | PAREJA DE | EDAD | SITUACION SOCIO-LABORAL |
| Sevilla | Emilio | Pepa | 37 | Profesor interino de secundaria |
| | Daniel | Antonia | 44 | Militar pre-jubilado |
| | Jose | Nuria | 43 | Oficios varios Cantaor flamenco |
| | Miguel | Rosa | 28 | Teatro-circo |
| | Francisco | María Ángeles | 39 | Maestro |
| Málaga | Alberto | Ester | Alrededor de 40 | Empresario |
| | Rafa | Azahara | Alrededor de 40 | Acupuntor |

Fig. 3

En relación a las profesionales que han participado en el proyecto, se ha tratado casi siempre de matronas, casi todas en activo en la asistencia domiciliaria. Así, de las 19 matronas entrevistadas, 16 estaban trabajando en la atención domiciliaria en el momento de la entrevista, 2 estaban tomándose una pausa, y una se dedicaba exclusivamente al trabajo hospitalario, dentro de las corrientes obstétricas “humanísticas” a las que se hará referencia (*cf.* cap. 3). A ellas se añaden una médica homeópata que ha abandonado la asistencia domiciliaria, pero sigue con grupos de preparación al parto, en coordinación no continuada con algunas matronas de su zona; un enfermero residente, que en el momento de la entrevista estaba terminando la residencia de matrona (EIR) y, al mismo tiempo, se formaba en el parto en casa como aprendiz de matronas “expertas”; una enfermera y una *doula*, que trabajan en los partos domiciliarios conjuntamente con una matrona experimentada; y una partera empírica que actúa en una zona bastante circunscrita y se dedica sólo ocasionalmente a atender partos. Casi todas las profesionales entrevistadas son de nacionalidad española, excepto una matrona de origen y formación alemana y otra de origen y formación inglesa, casi todas tienen hijos/as y por lo general han parido en casa, y dos de ellas gozaban de un “permiso de maternidad” en el momento de nuestro encuentro. Tienen edades comprendidas entre los 29 y los 57 años. Salvo en dos casos, para el enfermero residente y en uno de los equipos de trabajo, en los que se han presentado hombres⁸⁰, las personas contactadas han sido siempre mujeres, lo que se corresponde con las tendencias generales de la profesión de matrona. En relación al tipo de formación recibida, ésta varía en gran medida según la edad, ya que se han dado cambios considerables en el plan formativo de las matronas (*cf.* cap. 2). Sin embargo, la importancia que asume un tipo de formación complementaria, no reglada, pero para muchas fundamental para acompañar a dar a luz fuera del espacio hospitalario, hace que el bagaje de cada una y el tipo de herramientas utilizadas pueda variar mucho, dependiendo básicamente del peso que se atribuya a los conocimientos no biomédicos (*cf.* cap. 4). Por último, cabe señalar que compaginar la asistencia en casa con otros trabajos, en la sanidad pública o privada, resulta ser lo más común, aunque vayan cambiando los formatos contractuales. Parece, por lo tanto, más bien insólito dedicarse exclusivamente a la atención domiciliaria, cuestión sobre la que se volverá, al subrayar las características fundamentales de esta modalidad de atención.

A continuación se detallan edades, perfiles profesionales y tipos de actividades laborales desempeñadas. No se incluyen los lugares de trabajo, ni el nombre de los equipos, para evitar fáciles identificaciones.

⁸⁰ En realidad, se contactó también otra matrona varón, que trabaja entre las provincias de Sevilla y de Huelva y que, después de una cuantas anulaciones de citas, y de un acuerdo para que fuese él quien me convocase, finalmente renunció a ser entrevistado.

TABLA PROFESIONALES

| NOMBRE | PROFESIÓN | ESPACIO DE TRABAJO | EDAD |
|-----------|---------------------|-------------------------------------------------|------|
| Francisca | Matrona | Casa | 53 |
| Patricia | Matrona y osteópata | Ex Casa | 42 |
| Laura | Enfermera y doula | Hospital P. / Casa | 35 |
| Pablo | Estudiante EIR | Casa (en formación) / Hospital P. | 34 |
| Carla | Matrona | Ex Casa / Hospital P. | 50 |
| Lucía | Matrona | Hospital P. / Casa | 36 |
| Ana | Matrona | Hospital P. / Casa | 42 |
| Elena | Matrona | Atención Pr. / Casa | 46 |
| Marga | Matrona | Hospital P. / Casa | 29 |
| Alice | Matrona | Atención Pr. / Casa | 42 |
| Roberta | Matrona | Casa / Consulta Pr. (en proyecto) | 45 |
| Veronica | Matrona | Hospital P. / Casa | 36 |
| Virginia | Matrona | Hospital P. / Casa | 30 |
| Bego | Matrona | Hospital P. / Casa | 36 |
| Teresa | Matrona | Hospital P. / Casa | 36 |
| Marta | Matrona | Hospital P. / Casa | 44 |
| Andrea | Matrona | Atención Pr. / Casa | 48 |
| Isabel | Médica | Consulta Pr. / Ex Casa | 57 |
| Ernesto | Matrona | Hospital P. / Casa | 36 |
| Emilia | Matrona | Casa | 36 |
| Carmen | Matrona | Casa / Hospital P. / Hospital Pr. / Clínica Pr. | 42 |
| Susana | Doula | Casa / Clínica Pr. / Hospital P. | 38 |
| Jana | Matrona | Hospital P. | 41 |
| Julia | Partera | Casa | 51 |

Casa = asistencia a partos en casa

Ex Casa = atendía en casa antes

Atención Pr. = atención primaria en el sistema sanitario público

Hospital P. = trabajo en hospital público

Hospital Pr. = trabajo en hospital privado

Clínica Pr. = trabajo en clínica privada

Consulta Pr. = consulta privada no relacionada con la asistencia domiciliaria al parto

Fig. 4

Cabe señalar, por último, que las características generales de “mis interlocutoras” muestran un nivel de complejidad elevado, dado por profesionales que trabajan o han trabajado en contextos laborales muy diversos, madres que han parido tanto en casa como en hospital, y casos frecuentes de perfiles dobles o triples (madres que son también doulas; comadronas que son también médicas y fundadoras de colectivos; matronas muy activas en fomentar cambios hospitalarios y al mismo tiempo firmes sostenedoras del parto domiciliario; activistas por un parto respetado en las estructuras públicas que optan por parir en casa de forma privada). Esta variabilidad y multiplicidad es un indicio de la enorme complejidad del objeto que nos disponemos a analizar.

II La figura de la comadrona/matrona/partera: entre el domicilio y la institución

La historicidad significa que es preciso tener cierta humildad ante las eternas repeticiones de la historia.

(Braidotti 2004 [1994]: 61)

¿Cómo han dado a luz las mujeres, quién las ayudó, cómo, por qué? Estas preguntas no se refieren simplemente a la historia de parteras u obstetras: son preguntas políticas.

(Rich 1996 [1978]: 199)

A la hora de indagar en la asistencia domiciliaria, profesionalmente protagonizada por comadronas, es indispensable situar el actual trabajo de las matronas a partir de la definición histórica de su campo laboral, de sus competencias profesionales y también de sus límites de actuación, es decir de los límites más o menos explícitos con otras figuras que ocupan el mismo campo, esto es la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y, más en particular, al proceso de embarazo, parto, y posparto. Se identificarán, por tanto, algunos pasos que se consideran fundamentales, y que se dan entre los siglos XVII y XX, para llegar a cómo se origina el movimiento de parto en casa en el Estado español, quién lo promueve, qué defiende y cuáles son sus referentes. La intención es la de elaborar una suerte de genealogía sintética de la asistencia domiciliaria al parto, que permita introducir los capítulos siguientes.

Para ello, en la primera parte del capítulo se trazará el recorrido que lleva a la afirmación de la Obstetricia como Ciencia, centrando la atención en su desarrollo en Europa occidental. En particular, se identificarán algunos acontecimientos que se interpretan como bases teórico-prácticas de un proceso de creación de categorías profesionales diferenciadas y jerarquizadas en el ámbito de la atención al parto, a saber: la “retórica de la ignorancia”, referida a las prácticas tachadas de retrógradas y dañinas, e invariablemente asociadas a las comadronas empíricas; la morbi-mortalidad infantil como estrategia discursiva para reglamentar la actividad de las matronas, pasando de requerimientos de tipo moral y religioso a un control de tipo técnico, que confiere un estatuto privilegiado a los cirujanos y al mismo tiempo limita las funciones de las matronas; y la institucionalización de la formación como momento decisivo y demarcador de jerarquías múltiples, con especial atención a las peculiaridades del caso español.

A continuación se analizará el proceso de incorporación de las matronas al sistema sanitario nacional español, a través de tres apartados. El primero de ellos se centrará en las reformas del sistema educativo de la segunda mitad del siglo XIX y en la creación del título de matrona, haciendo hincapié en las redefiniciones que introduce y en algunas hipótesis sobre su posible impacto en la asistencia. El segundo revisará los cambios legislativos que, desde finales del siglo XIX, incorporan las matronas a las instituciones sanitarias, primero en las Beneficencias municipales, después con un sistema de seguros, y por último incluyéndolas en los hospitales. Se sostiene que el papel subsidiario y subordinado de la matrona, que acompaña a su reconocimiento y asimilación institucional, siendo explícito ya en las primeras normativas, no se hará efectivo hasta la hospitalización masiva de los partos, en los años 70 del siglo XX. Finalmente, en el tercero se señalarán las transformaciones más recientes, tanto en la formación como en el establecimiento legal de las funciones autónomas de las matronas, incidiendo en algunas implicaciones de estos cambios así como en la dificultad de su aplicación.

La última parte entrará de lleno en el desarrollo del parto en casa como práctica que, en los años 70 y 80, reacciona precisamente a los excesos intervencionistas hospitalarios y, al mismo tiempo, responde a una demanda gestada en un particular contexto socio-político. A través de diferentes apartados, se pretende encuadrar el parto en casa como un movimiento que participa en y proviene de otros más amplios, explorando las inquietudes que lo motivan y las aplicaciones que de él se derivan, y describiendo los intentos de construir modos de asistencia comunes. En éstos, cumple una función clave la Asociación Nacer en Casa. Un número reducido de personas muy activas se dedica, así, a recopilar informaciones, traducir textos, discutir casos concretos, intervenir en jornadas, congresos e incluso programas de radio para defender el parto en casa y explicar en qué consiste su trabajo. A través de encuentros, cuestionarios, debates y documentos colectivos que muestran un alto nivel de autorreflexión, se elaboran narrativas compartidas y se pretende unificar criterios de actuación. El examen de los procesos generativos de nuevos modos de asistencia llevará también a evidenciar algunas cuestiones problemáticas, sólo parcialmente resueltas, que siguen actualmente siendo objeto de debates encendidos y que conducen, en último término, a discrepancias más profundas. Con ellas se esbozan importantes diferencias internas que volverán a ser tratadas posteriormente (*cf.* cap. 4).

Finalmente, se propondrá examinar algunos referentes teóricos del parto en casa. A la hora de introducir estos últimos, se hace hincapié en la formación exclusivamente hospitalaria de las matronas y en la casi total ausencia de ejemplos cercanos válidos para la asistencia en casa. Se incide, por tanto, en la influencia de dos tendencias internacionales que van caracterizando el denominado “parto natural” en fases que se suceden temporalmente y con enfoques bastante

distintos, y que sin embargo serán utilizados en modos mixtos muy poco ortodoxos. La psicoprofilaxis obstétrica, cuyas figuras más representativas son Grantly Dick-Read en Inglaterra y Fernand Lamaze en Francia, y una perspectiva más centrada en la parte instintiva y emocional, impulsada por Frederick Leboyer y Michel Odent, también en Francia, constituyen dos líneas de pensamiento y de práctica clínica que guían la recién (re)nacida asistencia en casa. Por otra parte, el “descubrimiento” de Consuelo Ruiz en los años 90, en lugar, por parte de varias comadronas que se estaban dedicando a la atención domiciliaria, confiere en cierto modo un “estatuto de realidad” a unas maneras de asistencia al epp drásticamente distintas a las aprendidas y vigentes. Consuelo Ruiz, matrona octogenaria que había acompañado un elevadísimo número de partos en casa a lo largo de su carrera, representará una maestra y también una compañera para muchas. Un epígrafe entero dedicado a ella intentará desentrañar las luces y sombras de esta figura de indudable carisma, así como sus contribuciones al movimiento del parto en casa en el Estado español y también al fomento de cambios institucionales y sociales generalizados.

Ciertamente, éste no pretende ser un capítulo histórico, sino más bien una necesaria incursión en la historia. La conciencia de la enorme cantidad de estudios sobre la profesionalización de la atención al parto no modifica la absoluta convicción de la importancia hermenéutica de identificar en este proceso algunos momentos clave para la interpretación del presente. Más que a fuentes directas, se recurre a estudios de historiadoras/es y también de profesionales sanitarios que se han cimentado en estudios históricos. Constituye una excepción la última parte, que se fundamenta en la revisión y análisis de revistas y documentos redactados por matronas entre los años 70 y 90 del siglo XX, en entrevistas en profundidad a algunas de las que vivieron esta fase y en el análisis de ponencias que relatan los inicios del parto en casa como práctica de asistencia novedosa para quienes empezaron a dedicarse a ella.

Cabe recordar que, como ya se ha subrayado en la parte metodológica, se han seleccionado intencionadamente textos de historiadoras feministas, dada su importante función de “contramemorias”; y de autoras/es de ámbito biomédico, en el convencimiento de que ayudan a comprender la persistencia de determinados estereotipos sobre el parto en general, y sobre el parto en casa en particular.

1. El último bastión de las sanadoras

La asistencia prestada a madres y criaturas parece haber sido “el último bastión de las sanadoras”¹

¹ Se retoma aquí la expresión utilizada por Barbara Ehrenreich y Deirdre English (1988 [1973]: 20). *Sanadoras* es un

en la paulatina afirmación del modelo biomédico. La restricción de las funciones médicas de las mujeres a lo que actualmente se conoce como salud sexual y reproductiva les deja un campo de actuación muy circunscrito, excluyéndolas de otros y transmitiendo una imagen de cuidados exclusivamente femeninos, administrados por y para mujeres, y limitados a la fecundidad y a la procreación.

La existencia de mujeres que se dedicaban a distintas prácticas médicas, no exclusivamente dirigidas a mujeres, ni exclusivamente centradas en su aparato reproductor (Green 1989), así como la indiferenciación o la fluidez de confines entre los diversos oficios, hasta el punto de que algunos se presentaban como oficios familiares compartidos (Klaimont-Lingo 2001), muestran un panorama más complejo y algo confuso, al menos hasta la época tardomedieval. La reglamentación de la práctica médica “oficial” y el confinamiento de las mujeres a tareas auxiliares, que inicialmente incluyen la asistencia a otras mujeres, hacen que muchas usen la estrategia retórica de la modestia, la humildad y el “pudor femenino” (Green 1989, 2001) o apelen a una inspiración divina (Segura 1996: 7, Ortiz 1996b: 161, 2006: 194, Pomata 2001) para justificar sus prácticas. Es un proceso que ha sido ampliamente documentado y cuya importancia no es necesario ponderar aquí.

En lo que concierne a la asistencia a los partos, efectivamente durante mucho tiempo pareció ser una “cuestión femenina” y de escaso interés, tanto que la reglamentación de la actividad de las comadronas fue bastante tardía con respecto a la de otras figuras de sanadores/as. Cabe señalar, además, la problematicidad de aplicar categorías laborales posteriores, que acabaron prevaleciendo en la definición de las especialidades biomédicas, y al mismo tiempo la importancia de reconocer las especificidades de prácticas que escapan a las clasificaciones actuales, especialmente al rastrear la historia invisibilizada de las mujeres como agentes de salud (Ortiz 2006: 195). Dar cuenta de las fisuras y contradicciones que acompañan a la afirmación de una medicina científica con pretensiones universales, y también romper con la división entre profesiones y semiprofesiones (Rhodes 2001: 189), admitiendo que su construcción aconteció *a posteriori*, se hace por tanto tarea imprescindible para explorar el pasado.

La ausencia o la escasa presencia de las parteras en las fuentes oficiales, en los registros y en los censos entre los siglos XVII y XVIII (Ortiz *et al.* 1995, Laget 1982), se debe precisamente, al menos en parte, a que no se trataba de una profesión reglada, ni siempre remunerada con dinero, sino de un papel desempeñado por mujeres con más o menos experiencia y pericia, de diversa

término de carácter inclusivo y no profesionalizado para referirse a quienes eran socialmente reconocidas por sus saberes y habilidades en la atención y curación de diversos malestares, y a las que acudían no solamente mujeres.

procedencia social, presumiblemente con diferentes grados de conocimiento, que podían cubrir numerosas funciones, no limitándose sólo al nacimiento, y que parecen haber gozado de cierta autoridad y respeto. En definitiva, una matrona podía ser cualquier mujer con experiencia en parto, en un contexto de participación comunitaria en el evento del nacimiento (Laget 1982), así como una mujer sabia en diferentes cuestiones de salud. Ya que muchas han quedado en el anonimato y escasean los textos producidos por matronas, resulta entonces indispensable aproximarse críticamente a los documentos que hablan de ellas, en formas no siempre halagadoras.

Para esta sección se ha optado por el uso indiferenciado de los términos *matronas*, *comadres*, *madrinas*, *parteras* y *comadronas*, pretendiendo así reflejar esta complejidad y esta indiferenciación propia de una época anterior al establecimiento de una enseñanza reglada y de un título específico: el de enfermera especialista en enfermería obstétrico-ginecológica (matrona).

En Europa occidental, el proceso de reglamentación de la actividad de las matronas se manifestó en diversas modalidades entre los siglos XVII y XVIII (Filippini 2002, Laget 1982, Sheridan 2001, Ortiz 1996a y b), simultáneamente a la afirmación del Estado moderno y de los nuevos intereses que representaba la población para el crecimiento nacional. Esta simultaneidad no es casual. Las acusaciones de aborto e infanticidio en las quemas de brujas del siglo anterior, independientemente de si muchas de las acusadas fueron efectivamente comadronas (Erenreich y English 2010 [1989]: 62 y ss.), o simplemente *vetulae* (mujeres mayores, Green 1989: 451)², sugieren la emergencia de nuevos intereses. El avance de las tesis poblacionistas y mercantilistas (Ortiz 1996b: 155, Federici 2011 [2004]: 132 y ss.), la preocupación incipiente por el tamaño de la población como medida de poder y riqueza de una nación, demostrada, entre otras cosas, por el desarrollo de la estadística demográfica (Filippini 2002, Duden 2006 [2002]), hizo que un evento familiar y comunitario se transformase en un evento de interés público, en el que la vida del recién nacido, de cualquier recién nacido, no solamente de las dinastías reales, empezaba a adquirir una importancia trascendental.

Coincidiendo con las interpretaciones de Foucault (*cf.* cap. 1), que incide en “el surgimiento, como problema económico y político, de la población” (1984 [1976]: 34) y en la transformación de las técnicas del poder, varias autoras subrayan los efectos muy concretos que esto supuso para los cuerpos sexuados de las mujeres, así como para el control que tenían parteras y mujeres en general sobre los procesos reproductivos. Algunas señalan de forma explícita “los olvidos” de Foucault

² Además podría tratarse de una diferenciación poco pertinente, en un contexto que, como se ha señalado y como la misma Green advierte, preguntándose sobre los significados del término *midwife* (*id.*: 453-454), no estaba caracterizado por la especialización profesional actual.

(Federici 2011 [2004]:17³, Inhorn 2006), otras simplemente subrayan su interés por el nacimiento de la “mirada clínica” y de nuevas técnicas de poder, centrándose en cómo el énfasis en el “cuerpo social” se traduce en un control estatal sobre los cuerpos de las mujeres, y especialmente de las embarazadas o sospechosas de estarlo, acompañado y justificado por nuevos discursos médicos y teológicos (Filippini 2002).

La importancia de la población para la defensa de los confines estatales, pero sobre todo en cuanto fuerza de trabajo, y por ende de la reproducción de la fuerza de trabajo en un contexto de “acumulación originaria” (Federici 2011 [2004])⁴, es decir de cambio de modelo político-económico, es el marco en el que se sitúa el inicio de afirmación del discurso biomédico sobre el parto, y de la progresiva desautorización de las parteras.

Sin embargo, la *ciencia médica oficial* y los *saberes populares*, en este caso atribuidos a las mujeres, no fueron compartimentos estancos y opuestos entre sí, sino que estuvieron caracterizados por diferentes grados de permeabilidad, según tiempos y lugares, lo cual queda sobradamente demostrado por estudios antropológicos e históricos. Para el caso que nos atañe, se ha probado, por ejemplo, la falacia de una oposición neta entre médicos intervencionistas y parteras no intervencionistas (Laget 1982), entre comadronas empáticas y médicos fríos y racionales (Cody 1999), entre espacio privado-femenino y espacio público-masculino (*id.*), y también lo inadecuado de presentar a las matronas como un todo homogéneo y en conflicto con los médicos cirujanos, ocultando los casos de colaboración y respeto recíproco (Ortiz 1996b), así como también la importancia del apoyo de algunos médicos en situaciones de hostilidad legal manifiesta (Cabré y Ortiz 2001). Con Cházaro, aunque ella se refiera a otra época y otro contexto⁵, se puede sostener sin duda que “las relaciones entre médicos y parteras más que una cruda confrontación fue un crisol de oposiciones estratégicas” (2004: 36).

En lo que por momentos parece convertirse en un toma y daca de acusaciones, a veces las mismas en sentido contrario, dentro de un panorama complejo en el que se dan divisiones también entre comadronas con o sin licencia, médicos y cirujanos, o, más en general, entre personas con formación reglada, sean matronas o cirujanos, y comunidad de mujeres (Laget 1982: 136), se

³ Federici, además, discrepa con Foucault en identificar en la hambruna del siglo XVIII uno de los motivos que generaron la atención estatal por el crecimiento del número de sus habitantes, y considera que una crisis poblacional anterior y más larga, que se dio entre los siglos XVI y XVII, estuvo en el origen de la conversión de “la reproducción y el crecimiento poblacional en asuntos de Estado y en objeto principal del discurso intelectual” (*id.*: 132), hasta tal punto que la relación causal entre población y riqueza pareció un “axioma social” ya a partir del siglo XVI (*id.*: 133).

⁴ Con esta autora, se identifica aquí en la teoría y práctica mercantilistas un primigenio énfasis en la reproducción de la fuerza de trabajo como requisito básico para la acumulación capitalista.

⁵ Su trabajo se ocupa de analizar las formas de la atención obstétrica en México en el siglo XIX.

pueden identificar, sin embargo, algunos elementos que jugaron un papel importante en el control ejercido sobre las parteras, antes, y en su subordinación a médicos y cirujanos, después. En particular, contribuyen a una progresiva devaluación y erradicación del saber de las parteras: la retórica de la ignorancia; la morbimortalidad infantil como excusa para la reglamentación; y la institucionalización de la formación como momento decisivo y demarcador de jerarquías. A ellos se dedicarán los apartados que siguen.

1.1. La retórica de la ignorancia

En un artículo de 1989, Monica Green propone el uso de múltiples fuentes (desde restos arqueológicos a leyes, sermones, cancioneros populares, literatura científica y teológica) como medida indispensable para los estudios históricos que quieran reconstruir cuestiones cotidianas tales como las maneras de experimentar embarazos y nacimientos en épocas pasadas (*id*: 470). Acto seguido invita a preguntarse sobre el muy común uso retórico de la ignorancia para marcar las distancias entre “medicina culta” y “medicina popular”, médicos con formación universitaria y otros practicantes, uso particularmente virulento en el caso de las mujeres y de las parteras (*id*: 471 y nota 114).

La misma creación de la noción de “medicina popular” se debe a la voluntad de distanciamiento de una clase médica que necesitaba afirmarse sobre otras figuras que compartían un mismo campo de actuación, que gozaban de cierto respeto comunitario y cuyas prácticas, muy probablemente, no eran siempre tan diferentes, y seguramente no diametralmente opuestas a las suyas (*cf.* Bartoli y Falteri 1983 , Comelles 1997: 49-50, Pizza 2005a: 155-168).

Pancino (2003), al referirse a la reforma de la Obstetricia en la Italia del siglo XVIII, nota como prácticas consideradas supersticiosas tuvieron su origen en la medicina docta de dos siglos antes. En particular señala la denuncia del aparato médico contra las comadres que solían cubrir a la parturienta con la piel de un animal. Esta “horrible” medida terapéutica, presente todavía en los tratados médicos del siglo XVI que, a su vez, la retomaban de la medicina árabe antigua, lleva a la autora a preguntarse “quién ha enseñado qué a quién” (*id.*: 82). Estas superposiciones, que se hacen dramáticamente evidentes en las colonias⁶, no impidieron el encarnizamiento de muchos médicos contra las parteras, supuestamente ignorantes y necesitadas de instrucción.

⁶ *Cf.* Schirripa y Vulpiani eds. (2000) para diversos ejemplos etnográficos en los continentes africano y americano. Para las prácticas relativas a embarazo y parto y la dificultad de identificar su proveniencia, entre elementos de la medicina galénica, arabo-persa, del “folklore” español o de los sistemas indígenas americanos *cf.* Foster (1980a), un primer intento de recopilar “costumbres y creencias” entre España y Latinoamérica, y Hernández Sáenz y Foster (2001).

Laget (1982), a pesar de no cuestionar la superioridad de la ciencia médica, en una visión todavía evolucionista de ésta, describe una serie de acusaciones “típicas” contenidas en manuales y textos médicos de los siglos XVII y XVIII (*id*: 206-207). Define los argumentos utilizados como muy variados y al mismo tiempo repetitivos (*id*: 206); nos habla de las feroces críticas a prácticas y maniobras, algunas de las cuales estaban sugeridas en diversos libros médicos pero evidentemente consideradas inapropiadas si eran utilizadas por comadronas (*id*: 164-169); subraya que el descrédito y las difamaciones no se corresponden con las anotaciones en los registros municipales, anotaciones que, muy al contrario, utilizan otras palabras para referirse a la práctica de las comadres, tales como satisfacción de las familias, éxito, confianza o prudencia (*id*: 141). En definitiva, no duda en considerar lo expuesto una campaña de acusaciones, a veces contradictorias y, como se verá más adelante, no siempre efectivas para socavar el dominio de las parteras en la asistencia a embarazadas y parturientas:

[la matrona] deviene, en el discurso del cuerpo médico de finales del siglo XVIII, un blanco privilegiado, cargado de toda responsabilidad en los partos que terminan mal, *acusado a la vez de pasividad y de impaciencia*, y siempre de estupidez y de brutalidad [*id*: 205, cursiva mía]⁷.

La etiqueta de superstición e irracionalidad, aplicada, sin matices, a un conjunto de creencias y prácticas, muchas de las cuales contaban con una indiscutible base empírica (Laget 1982: 146), son el reflejo de una situación extremadamente conflictiva, caracterizada por la búsqueda de legitimidad de profesiones emergentes antes que por la afirmación de superioridad (y, no obstante, a menudo a través de ella).

Cody (1999) pone el acento en la producción de textos científicos como instrumento para hacer posible el acceso universal (teóricamente, al menos, aunque obviamente se trate de una *universalidad* más que limitada) al aparato reproductor femenino, antes permitido sólo a mujeres, pero también, y no es baladí, para contribuir a la construcción científica de la diferencia sexual. En el siglo XVIII se asiste a una ampliación del discurso de la diferencia sexual, anteriormente utilizado para defender una práctica exclusivamente femenina y que, paradójicamente, sirve posteriormente para justificar el ascenso de los obstetras en la asistencia a los partos. Así, la supuesta irracionalidad de las mujeres, ligada a sus cuerpos y a sus funciones reproductoras, haría a las parteras no aptas para el debate racional y para la participación en la esfera pública, en la que sí habían mantenido importantes funciones. Y, yendo un paso más allá, las mujeres no solamente “sentirían más”, siendo más emotivas, sino que sentirían “de manera incorrecta” (*id*: 486). Esta

⁷ “Elle [*la matrone*] devient, dans le discours du corps médical de la fin du XVIII siècle, une cible privilégiée, chargée de toutes les responsabilités dans les accouchements qui se terminent mal, accusés à la fois de passivité et d’impatience, et toujours de sottise et de sauvagerie”.

maniobra discursiva tendrá cierto éxito, generando al menos tres consecuencias: atribuir una base biológica a la ignorancia de las parteras, haciéndola irremediable; otorgar autoridad a los primeros hombres que se dedicaban a la profesión obstétrica, gracias al mismo discurso biologicista y esencializador de la diferencia sexual; y defender un tipo de empatía “correcta” (la médica) frente a una participación emocional excesiva y evidentemente innecesaria e ineficaz (la de la partera).

La difusión de estos “discursos de la ignorancia” en toda Europa occidental no implica un inmediato triunfo médico, ni impide reproches y denuncias en sentido opuesto, es decir dirigidas a médicos y cirujanos, así como tampoco conlleva la recepción pasiva de estas acusaciones por parte de las directamente interesadas. De hecho, a pesar de una incipiente afirmación de la actividad obstétrica médica en las cortes y entre las clases altas, las matronas mantendrán un papel central en la asistencia a los partos, sobre todo en las zonas rurales, hasta bien entrado el siglo XX, aunque ésta será progresivamente marcada por las definiciones biomédicas (Montes *et al.* 2013, Orrú 1993, Triolo 1994, Mocci 1993, Ortiz 1999). Por otra parte, los mismos médicos y cirujanos fueron blanco de acusaciones en folletos, opúsculos y otros textos redactados por matronas que criticaban, sobre todo, el uso inadecuado y hasta criminal de instrumentos como el fórceps, considerado culpable de graves daños a la salud de mujeres y recién nacidos (Rich 1996 [1978]: 222, Towler y Bramall 1997 [1986]: 100 y 130), o la jerga científica que ocultaba sus “falsos principios” (Cody 1999: 489). Médicos y cirujanos estuvieron también en el centro de críticas y recriminaciones por parte de maridos preocupados por la moralidad de sus esposas (*id.*), e incluso por parte de médicos que consideraban impropio para un galeno dedicarse a este tipo de actividades manuales e históricamente llevadas a cabo por mujeres (Valle 2002, Pomata 2001) o de profesores, como Juan de Navas⁸, que advertían sobre la escasa preparación de los cirujanos en el “arte de partear” (Ortiz 2001: 170). Por último, la defensa activa llevada a cabo por algunas comadronas de cierto renombre de las que nos ha llegado testimonio, ha sido objeto de estudios específicos que ponen de relieve, precisamente, su participación en la arena pública y la seguridad que demostraban tener en sus capacidades. El caso de Louise Bourgeois, en la Francia del siglo XVII (Sheridan 2001), y el de Luisa Rosado en la España ilustrada (Ortiz 1992 y 2001), constituyen ejemplos claros de resistencia activa y bien argumentada al desplazamiento de sus actividades. Utilizando diferentes estrategias discursivas, ambas responden a la “retórica de la ignorancia”, que pretende confinarlas a un papel auxiliar y secundario.

Louise Bourgeois, matrona real, se defiende de las acusaciones del informe de autopsia que la

⁸ Juan de Navas fue catedrático de Partos en los Colegios de Cirugía de Cádiz y Madrid, y autor del celebre *Elementos del arte de partear* (1795), citado entre otros en Ortiz (1996a), Valle (2002), Terré (1997).

considera responsable de la muerte de una princesa en el parto. En su *Apologie* pretende defender su carrera y su persona, segura de haber mostrado ampliamente, en diversas ocasiones, sus capacidades. Cuestiona casi todas las afirmaciones contenidas en la autopsia, y llega a invertir las acusaciones, atribuyendo la causa de muerte no a un supuesto resto placentario, como afirmaba el informe, sino a una enfermedad no ginecológica, anterior al parto, y por tanto responsabilidad de los médicos. En un tono que otras autoras (Perkins 1988, citada en Sheridan 2001: 155) consideran “agresivo”, “obsesivo” y “compulsivo”, Louise Bourgeois traza una defensa que apela a un manual para matronas escrito por ella y también al reconocimiento de su pericia por parte de varios médicos. Se declara dispuesta a mostrar sus habilidades utilizando cadáveres de mujeres en el Hôtel de Dieu, y tacha abiertamente de incapaces a los autores del informe. Vale la pena reproducir un párrafo emblemático de su contenido y de su tono firme y confiado (citada por Sheridan 2001: 157):

En vuestro informe dejáis bien claro que no poseéis conocimiento alguno sobre la placenta o sobre el útero de la mujer, ni antes ni después del parto; y tampoco lo tenía vuestro maestro Galeno. Él, que nunca se casó y raramente asistió partos, se atrevió a enseñar a las matronas en un libro, donde demostraba que no sabía nada del útero de una mujer embarazada ni de su placenta.

Bourgeois no se limita a sostener la superioridad de los conocimientos de las matronas en el “arte de partear”, sino que se atreve a acusar de negligencia a los médicos por no haber examinado cuestiones como el color, la consistencia de los órganos o el tamaño del abdomen a la hora de determinar la causa del fallecimiento. Y sin embargo, el uso de un lenguaje “científico” y el apelar a otros médicos, confiada en una alianza y una colaboración posible entre profesionales, resultará ser contraproducente, marcando definitivamente el declive de su carrera como matrona de la aristocracia.

Un siglo después Luisa Rosado, a través de un largo y complejo proceso legal, intenta dar a conocer sus habilidades profesionales pidiendo poder fijar carteles que la anuncien. Se ofrece, entre otras cosas, y alegando testimonios de sus habilidades, también para asistir partos complicados y prevenir abortos, actividades que ya no se consideraban competencia de matronas sino de médicos y cirujanos (Ortiz 2001: 168-169). El Protomedicato descalifica la propuesta de cartel presentada, aludiendo a una serie de expresiones “ridículas” contenidas en éste, afirmando que Rosado “puede causar considerable perjuicio a mujeres incautas” y añadiendo que los cirujanos son los poseedores legítimos de “otro conocimiento [con el que] saben lo que deben practicar cuando ocurre dificultad de extraer dichas secundinas [cordón umbilical, membranas y placenta]” [*id.*: 179]. Sin entrar en el mérito de las prácticas concretas defendidas por Rosado, matrona con regular licencia para ejercer, que fueron desaprobadas por el Protomedicato, cabe señalar en primer lugar que no se resignó

frente a la denegación de su propuesta, recurriendo al rey Carlos III, que pareció apoyar sus peticiones, y pidiendo aval a un médico y a algunos nobles; y cabe destacar en segundo lugar que utilizó estrategias discursivas diferentes de las anteriormente comentadas para el caso de Bourgeois. Rosado en ningún momento recurre a conocimientos científicos, a pesar de que ya se habían escrito varias obras para matronas, ni hace referencia a su formación, sino que reconoce que sus saberes son otros y que radican en sus *dotes naturales* y en su *propia experiencia* (*id.*: 169). Además, en el citado cartel, reproducido por entero por la autora (*id.*: 178-179), no olvida terminar con una invocación al apoyo de “Dios Todopoderoso”. La estrategia utilizada, humilde, que apela a Dios y se apoya en la experiencia, con un discurso que, según Ortiz, estaba en perfecta “sintonía con el discurso y la práctica dominantes en la ciencia ilustrada española, caracterizados por el deslumbramiento de la ciencia aplicada y el empirismo y por la debilidad de la reflexión teórica” (*id.*: 169), no evitaron la oposición firme y las expresiones de descalificación del Protomedicato, defensor institucional de la emergente profesión del cirujano-comadrón.

La “retórica de la ignorancia” de las comadronas, con el corolario de su supuesta peligrosidad, es decir de los perjuicios que pudieran causar en los partos, independientemente de la existencia de otros discursos, asume particular relieve en el cuadro de una importancia creciente de los nacimientos, y por ende de la supervivencia neonatal e infantil.

1.2. La morbi-mortalidad infantil como excusa para la reglamentación

La supervisión eclesiástica y municipal sobre las virtudes morales requeridas a las matronas, sus costumbres, su fe, su estado de viuda o casada (Green 1989: 450, Pomata 2001: 120, Ortiz 1996a) serán suplantadas, a partir del siglo XVIII, por un control de tipo técnico, con la emisión de licencias y permisos, que sin embargo no excluirán, durante largo tiempo, los requerimientos de buenas costumbres y reconocidas virtudes (Ortiz 1996b). Así, el “precoz” control de la Iglesia (Laget 1982), que se traducía también en juramentos de evitar abortos, efectuar el bautizo en caso de muertes perinatales y denunciar a las madres culpables de abandonar a sus criaturas, será acompañado y posteriormente sustituido por un tipo de control estatal y médico.

El encarnizamiento jurídico contra las mujeres culpables de infanticidio y aborto (Federici 2011 [2004]: 133 y ss., Laget 1982: 19, Jackson 1996) hace especialmente difícil llegar a conclusiones ciertas sobre la difusión de prácticas de control de la natalidad. Varios estudios coinciden en reconocer la no linealidad entre disminución de los nacimientos y difusión de los métodos anticonceptivos más modernos, discutiendo el concepto mismo de “fertilidad natural” (Narotzky

1995: 47-49), profundizando en prácticas concretas (Schneider y Schneider 1995), lanzando hipótesis sugestivas como la de una “revolución contraceptiva” en el siglo XVIII, hipótesis discutida y redimensionada por Mireille Laget (1982: 101-102)⁹, o, al contrario, señalando la desaparición, en el siglo XVII¹⁰, de métodos anticonceptivos populares en la Edad Media (Federici 2011 [2004]).

En todo caso, la atención prestada a las dinámicas poblacionales produce un aumento de la vigilancia sobre la sexualidad y la reproducción, y, por tanto, sobre mujeres y matronas. Federici, retomando a Gelis, define el uso estatal de las *sage-femmes* como “fuerza reaccionaria en campañas de reforma moral” (*id.*: 252). Filippini (2002) se centra en el surgimiento de un interés público hacia la procreación y la infancia, relacionándolo con el nacimiento del Estado moderno y del concepto de ciudadanía, y con la importancia que asume “el cuerpo social” como conjunto consustancial al estado y a su prosperidad.

La población se vuelve un objeto prioritario de la atención de los gobiernos ilustrados, que ponen en marcha iniciativas en contra de la morbilidad y la mortalidad y a favor de la potenciación demográfica. Para responder a estos objetivos, en varios estados europeos se difunden textos de “policía médica” y se desarrollan técnicas estadístico-demográficas que facilitan el análisis político de los movimientos poblacionales. En este contexto, el nacimiento adquiere particular valor como momento de renovación y desarrollo del cuerpo social (*id.*: 21). La mortalidad infantil, por tanto, deviene una amenaza y una pérdida para el Estado.

Contemporáneamente, teorías teológicas y médicas apoyan un proceso de personificación del feto, el cual empieza a ser considerado ciudadano ya desde el útero materno, y por ende portador de derechos civiles. La tutela de la vida del no-nacido se basa en un cambio sustancial que a nivel teológico afirma la presencia del alma desde el momento de la concepción, teoría negada y condenada sólo un siglo antes por la Iglesia, y que a nivel legal defiende la personalidad jurídica del embrión (*id.*: 22, *cf.* también Narotzky 1995: 78-79). Los cambios que se producen en la imagen del feto, cuya vida, por primera vez, adquiere prioridad sobre la de la madre, conllevan transformaciones considerables en la escena del parto, promovidas por una serie de iniciativas gubernamentales que se desarrollan con tiempos y modos diversos de un estado a otro, pero con el

⁹ Laget limita el conocimiento de métodos como esponjas vaginales y preparaciones espermicidas, que según algunos autores encontrarían amplia difusión en este siglo, fuera del ámbito de la prostitución, a una élite reducida, considerando más verosímil el uso de otras prácticas como el *coitus* interrumpido, para evitar la concepción, o el aborto. En particular, insiste en la escasez de datos sobre las prácticas abortivas, en la referencia lacónica a “polvos” y “brebajes”, y en un silencio producido evidentemente por la condena social y jurídica. Por otra parte, subraya que la disminución drástica en el número de hijos/as será más tardía, dándose para Francia en el siglo XIX.

¹⁰ Silvia Federici (2011 [2004]: 252, nota 27) atribuye a la progresiva expropiación de los saberes colectivos de mujeres la desaparición de métodos anticonceptivos “ampliamente usados en la Edad Media” y su restricción al entorno de la prostitución, que coloca precisamente en el siglo XVII. Siguiendo esta autora, la (re)aparición de métodos anticonceptivos en el siglo XVIII marcaría, más bien, el inicio de un control médico.

objetivo común de la lucha contra la mortalidad materna e infantil (Filippini 2002: 22). Y sin embargo la protección de la mujer embarazada, por ejemplo ante situaciones de violencia física, parece más bien ser funcional a la protección de su “contenido”, fundamental para el bienestar de la nación. A este propósito, la operación de la cesárea sobre mujeres vivas constituye, para Filippini, una revolución cultural y social, revelando un cambio profundo en las jerarquías sociales (*id.*: 23). La vida de la madre pasa de ser social y moralmente privilegiada a considerarse secundaria a la de su prole. Los porcentajes de muertes maternas por cesárea, a causa de hemorragia o infecciones, serán en esta época muy elevados. Es más, la operación no garantizará la vida del feto, sea por ser prematuro (especialmente en las mujeres ya muertas, y a falta de tecnologías que permitan su supervivencia), sea como consecuencia directa de falta de cuidados maternos, debido precisamente a la muerte de su progenitora (*id.*: 24).

Sin embargo, el argumento de la prevención de la mortalidad infantil, junto con la retórica de la ignorancia y, por tanto, la peligrosidad de las comadronas en su conjunto, contribuirán al ascenso de los cirujanos. Si la finalidad de gestión y administración de las poblaciones encuentra en la biomedicina un medio y un aliado (Foucault 1990 [1974]), en el caso específico de los nacimientos será el desarrollo de la Obstetricia el que ocupará un papel central en el control público de los nacimientos. A los cirujanos-obstetras se les encomendará la tarea de acabar con la mortalidad neonatal, instruir a las comadronas y vigilar su trabajo.

El Protomedicato, “institución característica del sur de Europa que, controlada por médicos universitarios, poseía la prerrogativa de la organización legal del sistema sanitario” (Cabré y Ortiz 2001: 14), a menudo no ejercerá un control riguroso sobre la actividad y la formación de las matronas, pero adquirirá un rol clave en la afirmación y consolidación profesional y científica de los cirujanos y en el reconocimiento de su autoridad en materia obstétrica (Ortiz 1996a).

La separación de ámbitos, que empieza a diseñarse en esta época, entre partos “normales”, cuya asistencia podía ser efectuada por matronas, y partos “complicados”, que requerían la intervención de cirujanos-obstetras, asumida acríticamente por algunas autoras de formación sanitaria (Towler y Bramall 1997 [1986], Rodríguez 1999, Valle 2002), se considera desconcertante, sin precedentes, y claramente productora de diferencias jerarquizadas en otros análisis (Filippini 2002, Cabré y Ortiz 1999, 2001, Ortiz 1996a y b, Triolo 1994). Así, el monopolio de algunas técnicas e instrumentos por parte de los cirujanos no solamente produciría una separación y jerarquización de ámbitos competenciales, sino que no tendría efectos ventajosos en términos de morbimortalidad. El abuso o el uso inadecuado de instrumentos como el fórceps fue en realidad ampliamente criticado también por médicos, en una época en la que prevalecía una visión no intervencionista que defendía la

importancia de una espera paciente en el parto (Laget 1982, Towler y Bramall 1997 [1986]). La limitación de las actividades de las matronas, por otra parte, parece haber tenido consecuencias negativas o nulas en términos de “vidas salvadas” en los partos.

Bastante notables son los *efectos colaterales* de algunos instrumentos. Menos conocidos tal vez son los *efectos colaterales* de las prohibiciones a matronas, a las que se les impedirán operaciones y maniobras que hasta el momento tenían incorporadas en su práctica. Es decir, no solamente quedaron excluidas del uso de instrumentos y, posteriormente, del aprendizaje de los nuevos conocimientos anatómicos, sino que también se les prohibieron, de manera más o menos eficaz, técnicas manuales que utilizaban habitualmente, así como el suministro de medicamentos (Triolo 1994, Pomata 2001, Ortiz 1996b). Filippini (2002: 23), para el caso de Italia, examina una serie de documentos de archivo de matronas del siglo XIX, en los que se denuncia la incongruencia entre disposiciones legales que obligan a llamar a un médico en caso de complicaciones y la aplicabilidad de la ley. La dificultad de encontrar un médico en caso de necesidad, las distancias y la lentitud del transporte, sobre todo en zonas rurales, complicaban la posición de las comadronas, obligándolas a elegir entre “ofender a la ley” o abandonar a las mujeres a su destino ahí donde se requerían intervenciones rápidas. En definitiva, las diversas reglamentaciones que restringen la actividad de las matronas e introducen una clara separación de esferas de actuación en los partos no producirán el alabado descenso de la mortalidad.

De hecho, el inicio de la disminución generalizada de las tasas de muertes infantiles resulta más tardío, pudiendo situarse, para el Estado español, a finales del siglo XIX (Robles *et al.*, 2000: 47). El abandono de las hipótesis monocausales, que básicamente enfrentaban teorías centradas en las actuaciones médicas a otras que priorizaban factores socio-económicos, en favor de interpretaciones multifactoriales, pretende proporcionar una visión más compleja, capaz de incluir los numerosos aspectos que influyen en este descenso. La noción de *transición sanitaria* (*health care transition*) es un intento de aunar las diversas dimensiones que participan en estos cambios (Bernabeu y Robles 2000), y sin embargo los “otros” factores no dejan de tener un papel secundario en estas lecturas¹¹.

En cuanto a la hospitalización de las mujeres de parto, a diferencia de lo que se suele creer¹²,

¹¹ Efectivamente los mismos autores admiten la dificultad de abarcar los distintos aspectos que influyen en el descenso de la mortalidad y el uso inadecuado y restrictivo de los “factores culturales” en los estudios demográficos y epidemiológicos, cubriendo la función de una suerte de cajón de sastre, último recurso para explicar “lo inexplicable” de fenómenos complejos (Robles *et al.*, 2000: 50). La limitación de “lo cultural” a los modos variables de lactancia y crianza es un ejemplo claro de los límites de estas lecturas, incapaces de vincular las dimensiones político-económicas con los cambios sociales y con los diversos niveles de representación, entre los que se incluyen las imágenes y los discursos sobre el cuerpo materno y el feto, con su inevitable impacto en las experiencias individuales y colectivas de nacimiento y muerte.

¹² Me refiero aquí a la difundida creencia de una mejora progresiva en la atención al parto, que ve en la estructura hospitalaria un lugar indiscutible de salvación para madres e infantes, amén de estudios históricos y antropológicos sobre el tema. El impacto de esta creencia cultural, cuya extensión se han podido comprobar en el trabajo de campo, tiene efectos devastadores en la práctica presente de atención al parto domiciliario, produciendo estériles

producirá, en un primer momento, un aumento de la mortalidad materno-infantil, con la difusión de las temidas fiebres puerperales, en un contexto en el que el desconocimiento de las prácticas de asepsia, combinado con el hacinamiento y la no separación entre enfermedades, y entre personas enfermas y mujeres de parto, causaba fáciles contagios. Todo esto hacía de las parturientas, mujeres pobres y prostitutas en primer lugar, unas víctimas ideales, y de los hospitales, contrariamente a la etimología de la palabra, lugares inhóspitos y temidos¹³.

Si el descenso de la mortalidad infantil no coincide con la reglamentación de la actividad de las parteras y no depende, al menos no exclusivamente, de las intervenciones médico-quirúrgicas, y menos aún de la hospitalización de las parturientas, los discursos sobre la reducción de la mortalidad infantil, en un contexto en el que los nacimientos asumen importancia política (estatal), tienen no obstante efectos muy concretos en la actividad de las comadronas y en la reorganización de los roles asistenciales en el parto.

En este proceso de redefinición, la institucionalización de la formación de las comadronas, que culmina en la creación de escuelas específicas para éstas (Laget 1982) gestionadas por médicos (Ortiz 1999), y, paralelamente, la consolidación de la especialización médica, constituyen aspectos decisivos y definitivos en la demarcación de los rangos profesionales (Cabré y Ortiz 1999: 23).

1.3. La educación de las matronas en la Europa Moderna. ¿Libertad o subordinación?

El título de este epígrafe retoma el que Teresa Ortiz Gómez (1996b) da al capítulo de un libro que recopila diversos estudios sobre la educación de las mujeres en la historia europea y el reconocimiento de su autoría en textos de diversa índole. Ortiz se distancia de las posturas que ven en la educación de las mujeres un indiscutible instrumento de “liberación”, al relatar cómo ésta actúa en el caso específico de las matronas, para Europa en general y para el Estado español en particular.

Situando el proceso de regulación de la actividad de las matronas en el contexto político-económico europeo más amplio, la autora interpreta el énfasis en la necesidad de mejorar la preparación técnica y el inicio de un proceso educativo caracterizado por diferentes etapas, como un instrumento para la

confrontaciones entre sostenedores y detractores, y creando un clima de sospecha permanente alrededor de quienes lo asisten y de quienes lo eligen como opción válida para sí (*cf.* cap. 4).

¹³ Para profundizar en estas cuestiones se remite a otros estudios: sobre las funciones de los hospitales, los conocidos textos de Foucault (1977 [1963], 1990) y, más concretamente sobre las fiebres puerperales: Laget 1982: 131, Rich 1996 [1978]: 228-234, Illich 1984 [1976]: 31, nota 28.

definición y el ascenso profesional de los cirujanos, por un lado, y la expropiación del saber, del lenguaje y del poder social de las matronas, por otro.

La producción de una serie de textos en lenguas vernáculas, redactados por médicos, basados en autoridades clásicas y expresamente dirigidos a parteras, tiene una larga tradición, originándose ya en el siglo XVI. Sin embargo, poco se sabe sobre el impacto de estas obras en una población ampliamente analfabeta (Laget 1982). El coste de los textos así como la escasa difusión de las capacidades de lectoescritura se supone que limitaron su lectura a una élite reducida (Cody 1999). Ortiz va un paso más allá, preguntándose por el interés real de las matronas por textos de autoría médica, siendo que ellas disponían de un conocimiento práctico y empírico sobre su profesión, y avanza la hipótesis de un uso estratégico de las matronas como destinatarias. El objetivo de esta estratagema retórica sería “justificar tanto la elección del tema como el uso de una lengua no erudita, siendo su intención, más que instruir a las matronas, establecer su autoridad sobre una cuestión de interés ancilar para la medicina de la época” (1996: 158).

Entre los primeros manuales editados en castellano se suelen mencionar el de Damián Carbón, en 1541; el de Francisco Nuñez, en 1580; y el de Juan Alonso de los Ruyzes, en 1606 (citados en Ortiz 1996b, Terré 1997, Valle 2002). En época más tardía serán los cirujanos los que se dedicarán a la escritura de textos sobre partos¹⁴, siendo el último médico que escribió sobre el tema, por encargo expreso del Protomedicato, Antonio Medina, autor en el año 1750 de la célebre *Cartilla*¹⁵, un texto articulado en forma de preguntas y respuestas, básico para obtener la licencia para ejercer por parte del Protomedicato, y que tendrá amplio uso en épocas sucesivas.

Ahora bien, parece más que significativo que tanto la reglamentación de la actividad de las comadronas como la aparición de estos manuales se asuma de forma totalmente acrítica, como signo irrefutable de la evolución del arte obstétrico, en los textos escritos por matronas contemporáneas (Towler y Bramall 1997 [1986], Terré 1997, Rodríguez 1999, Valle 2002). En particular, en el prólogo al *Manual práctico para matronas*, de M^a Angeles Rodríguez Rozalén (1999: 20), que pretende introducir algunas notas históricas sobre la profesión de matrona, se lee:

Lamentándolo profundamente desde mi doble condición de mujer y de matrona, debo reconocer que la obstetricia dejó de ser un oficio y se elevó a la dignidad de ciencia, solamente cuando cayeron las viejas barreras de las costumbres y supersticiones que desde siempre rodearon la asistencia al parto, y éste fue accesible al estudio y a la intervención por parte del hombre, apareciendo entonces la figura

¹⁴ Teresa Ortiz (1999 a y b) menciona también un texto escrito por una matrona (Francisca Iracheta), publicado en 1870 con objetivos didácticos y de divulgación, y del que subraya precisamente su invisibilidad historiográfica.

¹⁵ El título completo del texto, citado por diversas autoras, es el siguiente: *Cartilla nueva, útil, y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres en el oficio de partear*.

del obstetra varón.

En un texto con funciones didácticas, escrito por la presidenta de la Asociación Española de Matronas, una visión algo ingenua de la historia de su propia profesión parece sorprendente, y nos atrevemos a sostener que incluso deletérea para el presente de la asistencia. En el mismo texto se atribuye a la familia y a las costumbres la escasa instrucción de las matronas que, “salvo honrosas excepciones”, no incorporaron a su práctica “las nuevas doctrinas que se extendían por Europa en libros que casi exclusivamente *para ellas* escribieron los médicos, interesados en mejorar la labor de las matronas en cuyas manos confiaban la atención de los partos” (*id.* : 23, cursiva mía). En esta misma línea, el triunfo de los cirujanos-barberos, aunque se admite que probablemente fueran motivados “por interés puramente económico”, se imputa únicamente a su capacidad para “estudiar e investigar”, y por tanto hacer “un trabajo verdaderamente científico” (*id.* : 24). Estas afirmaciones no solamente constituyen un ejemplo claro de incapacidad de colocar los cambios en la asistencia en el contexto de más amplios cambios socio-políticos, sino que resultan simple y llanamente ahistóricas.

Los otros textos mencionados, a pesar de elaborar análisis algo más sutiles, siguen manteniendo una visión evolucionista y un mal disimulado desprecio hacia las antiguas parteras autodidactas¹⁶. ¿A qué se debe esta visión? ¿Será un signo de la separación disciplinaria que se traduce en falta de rigor en textos escritos, siguiendo a Comelles (1997), con “interés amateur” por las ciencias humanísticas por parte de profesionales de la salud? ¿O es más bien sintomático de la incorporación y reproducción de discursos normativos en los que permanece una visión evolutiva de la ciencia y de su victoria en contra de la superstición?¹⁷ ¿O tal vez se trata de una simple defensa de gremio *a posteriori*, que quiere marcar precisos confines con las parteras “empíricas” y no científicas?

Probablemente todas estas motivaciones estén vinculadas entre sí e interactúen entre ellas para crear una imagen lineal del progreso obstétrico, la cual incluye, entre otras cosas, una aceptación sin grietas de la compartimentación entre partos fisiológicos y difíciles o patológicos, de la superioridad de los conocimientos teóricos científicos sobre los prácticos empíricos, de la educación reglada sobre formas de aprendizajes informales, acompañada por una idealización, igualmente privada de historicidad, de “una de las profesiones más antiguas de la humanidad” (Towler y Bramall 1997 [1986], Ruiz Vélez-Frías 2000).

Siguiendo la misma tónica, la institucionalización de la formación de las matronas, a través de

¹⁶ Representa una excepción a esta tendencia, incorporando una mirada histórico-antropológica feminista, el trabajo de la matrona y antropóloga María Jesús Montes (2007, 2010).

¹⁷ A este propósito, parece reveladora la observación de Rosi Braidotti según la cual precisamente “la simplicidad trivial del dualismo constituye también la fuente de su éxito” (2004 [1994]: 61).

diversos proyectos educativos fomentados en toda Europa, se interpreta en estos textos como necesaria y fuente de mejoras, afirmando “el fin del monopolio” de las comadronas en los partos, pero sin problematizar este proceso de formación diferencial, que restringía las funciones antes desempeñadas por las matronas para encomendárselas a los cirujanos (Ortiz 1996b: 165, Filippini 2002, Triolo 1994). Así, en la España del siglo XVIII se estableció una formación diferenciada para estudiantes cirujanos y matronas, organizada por los Colegios de Cirugía. Concretamente, se impartían cursos en dos centros del país, en los Colegios de Barcelona, a partir de 1787, y Madrid, a partir de 1795 (*id.*). En un texto más tardío (Ortiz 1999a) se incluye un tercer Colegio, en Cádiz. Estos tres colegios marcan el inicio de la formación académica, teórica y científica para las matronas, aunque para ejercer aún era suficiente superar un examen ante el tribunal del Protomedicato.

En estos Colegios, por un lado, los diferentes contenidos para estudiantes cirujanos y para matronas restringieron claramente las competencias de éstas; por otro, la centralización de la enseñanza limitó de forma importante su acceso, de tal manera que la mayoría de las comadronas seguirá quedando fuera de la formación reglada. Ésta contribuirá, sin embargo, a crear posiciones jerárquicas no solamente entre cirujanos y matronas, sino también entre matronas con o sin formación teórica, en una intersección entre sexo-género y clase social que veía como unas cuantas privilegiadas intentaban afirmar su capacidad profesional, distanciándose de las “iletradas” e “ignorantes”, y a veces reivindicando sin éxito el acceso a la misma formación de los cirujanos (Ortiz 1996b).

De hecho, a partir de esta época el nombre de matrona adquiere el significado específico de mujer formada en la asistencia a los partos y/o legalmente reconocida para ello, “con el objetivo explícito de distinguirlas de las parteras y de las mujeres que, sin calificación y/o sin nombre desempeñaban la misma actividad” (Cabré y Ortiz 2001: 17)¹⁸.

Todo ello hace especialmente pertinente aplicar la noción de *stratified reproduction*, expresión acuñada por Shellee Colen (1995), y ulteriormente desarrollada por Ginsburg y Rapp (1995), para referirse a aquellas estratificaciones que determinan lo que se acepta como normativo y lo que no y también quién se acepta como normativo y quién no en el vasto y resbaladizo ámbito de la reproducción humana. La noción de *stratified reproduction* les sirve, y nos sirve aquí, como clave analítica para analizar los procesos de producción de desigualdades y jerarquías, o mejor aún los procesos por medio de los que desigualdades y jerarquías se hacen parecer inevitables.

Las divisiones producidas quedan patentes, y una vez más son asumidas como tales por los textos

¹⁸ Aunque se seguirán utilizando indistintamente los términos matrona/comadrona/partera al menos hasta los años 30 del siglo XX, como es posible deducir de una revisión de las disposiciones legales sobre su formación y actividad.

escritos por profesionales sanitarios, como reflejan las palabras de Towler y Bramall (1997 [1986]: 207), quienes presentan una “escala social, educativa y profesional” en cuyo extremos colocan, por un lado, a las comadronas cultas, y por otro, a las “analfabetas, sin escrúpulos, malévolas y alcohólicas con manos sucias y hábitos indeseables”, concluyendo que “Las «damas comadronas» debieron sentirse horrorizadas de la negligencia y los desmanes de sus hermanas de profesión”. La falta de espíritu crítico al retratar la historia de su propia profesión desemboca aquí en un discurso discriminatorio y clasista, que, en último término, parece reproducir imágenes estereotipadas para construir una identidad de gremio simplista y no contradictoria. Se ocultan, de esta forma, al menos dos importante implicaciones del proceso de profesionalización: la prohibición de intervenir en partos difíciles, no siempre aceptada sin contestación, y que no tiene en cuenta las habilidades manuales que poseían muchas matronas; y la consecuente subordinación a la figura médica.

Por otra parte, cabe señalar que en las luchas de los siglos XIX-XX por la autonomía de la profesión y en contra del dominio obstétrico masculino, las matronas buscarán una legitimación científica, aceptando plenamente la gestión medicalizada del nacimiento y defendiendo su legitimidad en contra de las “empíricas” y “autodidactas” (cf. Triolo 1994). La voluntad de distinguirse de estas últimas, lejos de ser anecdótica, sigue apareciendo en escritos de matronas del siglo XXI (Ruiz 2009) y encuentra su expresión más reciente y más caricaturesca en los temores generados hacia las *doulas* y culminados con una verdadera campaña de difamación encabezada por el Colegio Oficial de Enfermería (cf. cap. 3).

2. La incorporación de las matronas al sistema nacional de salud

El proceso conflictivo de demarcación de esferas profesionales diferenciadas, cuyos rasgos fundamentales se ha pretendido presentar en el apartado anterior, continúa, con otras características, a lo largo de los siglos XIX y XX.

Siguiendo a Cabré y Ortiz (2001: 17), en el siglo XIX se pueden identificar algunos cambios comunes a toda Europa, que ven un aumento numérico de las matronas tituladas, la creación de puestos de trabajo en los sistemas de salud y una mayor autonomía, debida, entre otras cosas, a las nuevas posibilidades de acceso para las mujeres a la esfera educativa y laboral.

Sin embargo, este proceso también significará, como destaca Nancy Triolo para Italia (1994), una aceptación del modelo científico biomédico, en lugar de una defensa de este saber “otro”, no reconocido por la ciencia oficial (Segura 1996: 7-8), y que sólo un siglo antes se llegaba a defender públicamente en los tribunales, como en el caso de Luisa Rosado. Los proclamas de lealtad a los cánones científicos pretenderán marcar claros confines con las parteras no tituladas, y al mismo

tiempo presentar la imagen de una profesional científicamente legitimada.

Una de las paradojas del reconocimiento institucional, obtenido a través de una lenta y desigual incorporación de las mujeres a la formación reglada y a puestos de trabajo en el sistema sanitario, será, de hecho, la subordinación explícita a la figura médica, que se hará efectiva de manera contundente con la hospitalización masiva de la atención al parto. Precisamente cuando se reconoce oficialmente su labor, es cuando queda supeditada a la enseñanza y al trabajo médico.

No obstante, la existencia de normativas y leyes no es nunca un reflejo sin mediaciones de la realidad social ni supone cambios rápidos en ésta. Por un lado, durante muchos años seguirán existiendo y ejerciendo parteras sin título, a las que continuarán acudiendo muchas mujeres (Limón y Castellote 1980); por otro la matrona (titulada o no) seguirá manteniendo amplia autonomía en el desempeño de sus labores, siendo la atención médica requerida sobre todo por las clases acomodadas¹⁹, al menos hasta que la asistencia se traslada de los domicilios a los hospitales.

En los apartados que siguen a continuación se analizan las etapas legislativas que han ido definiendo el ámbito competencial de las matronas en el Estado español desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, incidiendo en su aplicación, a partir de estudios históricos y etnográficos, y en sus implicaciones. En este recorrido, como ya se ha adelantado, la afirmación de las maternidades hospitalarias, que alcanza su momento más álgido en los años setenta del siglo XX (Lellep 1980: 300), da lugar a cambios radicales en la atención en general y en el papel de la matrona en particular. Estos cambios generarán nuevos conflictos, en parte internos a las instituciones sanitarias, en las cuales conviven visiones alternativas, y en parte externos o colaterales a éstas, como en el caso del parto en casa, que será objeto de la parte final de este capítulo.

2.1. Las reformas en el sistema educativo y la creación del título de matrona

La incorporación de las mujeres al sistema educativo en el Estado español fue un proceso lento y desigual, dándose muy tarde su inclusión en las diversas profesiones sanitarias. Representa en parte una excepción, no exenta de contradicciones, la formación de la matrona, que pasa a ser reglamentada a nivel estatal a partir de la reforma educativa de Moyano (1857).

La Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, conocida como Ley Moyano, establece una formación específica para matronas (mujeres) y practicantes (varones). En particular, el título de practicante sustituye a la anterior profesión de cirujano, quedando “suprimida la enseñanza de la

¹⁹ Limón y Castellote (1980: 242) inciden en la procedencia socio-económica más que en la distinción entre zonas urbanas y rurales, que menciona Laget (1982) para Francia, como factor fundamental a la hora de contratar a un médico titulado.

Cirugía menor o ministrante” (art. 40). Por otra parte, se establecerán “las condiciones necesarias para obtener el título de Matrona o Partera” (art. 41). Cabe mencionar que en esta reforma del sistema educativo la buena conducta religiosa y moral representa un requerimiento común para el profesorado en general, siendo las “buenas costumbres” y la religión católica criterios habituales de evaluación, a la par que la nacionalidad española y las capacidades técnico-científicas. Por lo tanto, la moralidad que será requerida a las matronas no representa algo singular sino que tomará formas específicas *para ellas*.

La reglamentación aquí anunciada encuentra expresión en la Real Orden de 21 de Noviembre de 1861, en la que se definen los requisitos para acceder al título de matrona (art. 20), la duración y contenido de los estudios (art. 12 y 17), las características del profesorado (art. 7 y 8), los tiempos y modo de los exámenes (art. de 32 a 47) y las funciones de las matronas (art. 50). Esta orden, aprobada a partir de la citada Ley Moyano, es particularmente importante por constituir la primera de una serie de normativas que sistematizan la instrucción y la actividad de las matronas, con un alcance indiscutiblemente mayor que los anteriores intentos de reglamentar la práctica (más que la formación) de las comadronas. En ella, además de los requisitos de edad, nivel educativo y aptitud moral, que se traducen en demostrar ser viuda o casada y en una certificación de buena vida y costumbres emitida por sus párrocos²⁰, se establecen algunos rasgos definitorios que, con diferentes matices, llegan hasta la actualidad. En particular señalamos la enseñanza de carácter biomédico, en este momento impartida en universidades y exclusivamente por médicos de hospitales y casas de maternidad; y los límites impuestos al trabajo de la matrona. Sus funciones quedan restringidas, aunque de manera muy poco clara, a los partos “naturales” y no “laboriosos”, pudiendo ejercer en estos últimos “como meros auxiliares de los facultativos” (art. 50). Por último, se destaca la separación entre practicantes y matronas, tanto en la enseñanza (art. 14) como en los exámenes (art. 40), públicos para los primeros y “reservados” para las segundas, en los inicios de una distinción llena de consecuencias entre espacios públicos y privados/domésticos, trabajo productivo y reproductivo.

La institucionalización de la enseñanza, por otra parte, parece haber generado cierto rechazo o escepticismo entre los médicos más conservadores, entre quienes interpretaron la reforma educativa como una amenaza a sus profesiones y quienes no le atribuyeron gran importancia, por el escaso número de matriculadas (González 2007: 219).

Efectivamente, la Ley Moyano parece haber influido negativamente en el número de matronas

²⁰ En el artículo 20, apartado 2, se establece que “Las casadas presentarán licencia de sus maridos, autorizándolas para seguir estos estudios; y, unas y otras justificarán buena vida y costumbres por certificación de sus respectivos Párrocos”.

tituladas, introduciendo la posibilidad de la competencia de una nueva figura, la de los “practicantes”, y estableciendo unos criterios de acceso a la formación demasiado estrictos para el nivel educativo de las mujeres de la época (Ortiz 1999b). El escaso número de matronas tituladas hasta bien entrado el siglo XX implicó necesariamente la existencia de parteras sin título, objeto de desprecio generalizado en multitud de textos.

Para ahondar justamente en la persistencia de determinados estereotipos sobre las parteras, se propone la breve revisión de dos textos, uno de carácter antropológico, de los años 80 del siglo XX, y otro, más actual, de historia de la enfermería, ambos referidos a la época que se está analizando, o sea finales del siglo XIX y principios del XX. El primero de los textos propuestos, que versa sobre “medicina popular en torno al embarazo y el parto a principio de siglo” adquiere una relevancia doble al incluir literalmente algunos resultados de una encuesta efectuada a principios del siglo XX y al mismo tiempo reflexionar sobre ello, 80 años después. Se mostrará cómo el desprecio hacia las comadronas y su (mal) hacer se manifiesta tanto en la encuesta original como en el trabajo posterior que usa a aquella como referencia. El segundo de los textos que se examinan se ha seleccionado por introducir una perspectiva feminista en el análisis, pero que se demuestra igualmente insuficiente para superar una visión irremediablemente negativa de las prácticas populares sobre parto y de quienes las seguían utilizando, a pesar de la existencia de un título institucionalmente reconocido.

El “problema de las comadronas” (Ehrenreich y English 2010 [1989]: 135, Fraser: 1995) queda así planteado. En el Estado español, así como en otros países europeos, y a diferencia de otros contextos al otro lado del Atlántico²¹, se pretenderá solucionarlo incorporándolas al sistema sanitario bajo reglas precisas, más que intentando erradicarlas. En el análisis de los textos mencionados se hará hincapié en la imagen de las comadronas que promueven, pero también en las dificultades, más o menos explicitadas, de este proceso de incorporación.

2.1.1. ¿Intrusismo o proyecciones póstumas?

En un artículo de 1980, que forma parte de *La antropología médica en España*, libro editado por Michael Kenny y Jesús M. de Miguel que hemos mencionado en el primer capítulo, Antonio Limón Delgado y Eulalia Castellote analizan los datos de una encuesta realizada a principios del siglo por el Ateneo de Madrid, sobre prácticas de cuidado en el embarazo y en el parto. Los datos, recogidos en todas las provincias del estado, confirmarían dos cuestiones fundamentales: lo que los autores

²¹ Me refiero a Estados Unidos (Ehrenreich y English 1988 [1973], 2010 [1989], Fraser 1995, Craven 2005, Craven y Glatzel 2010) y Canadá (MacDonald 2006, Kaufert y O'Neil 1990).

definen como “un cambio espectacular” respecto a la situación a ellos contemporánea, y un evidente retraso del país en la difusión generalizada de la “medicina moderna”.

Los datos de la Encuesta muestran, entre otras cosas, que la mayoría de los partos siguen siendo asistidos en casa por comadronas, con o sin titulación. Si además se considera que un 82% de los poseedores de título (y el sexo aquí no es accidental) son varones, se puede deducir que muchas de las comadres siguen ejerciendo sin formación reglada. Es más, si se divide entre parteras “empíricas”, matronas tituladas y médicos (y no solamente entre personas tituladas o sin título, como se hace en el texto, que asocia alternativamente, según conveniencia, ora a la matrona titulada, ora al médico, ora a la partera)²², resultará que el porcentaje de parteras con formación reglada es aún menor, representando solamente un 13% del total de partos tomado como muestra²³. Estos datos cuantitativos, y se volverá más adelante sobre el tema, resultan cualitativamente significativos para cuestionar la hipótesis de intrusismo y considerarla históricamente no válida.

Al describir las prácticas populares en el parto, se incide en las que se califican como “raras” y “pintorescas”, entre las que se encuentran las posturas de rodillas, colgadas de las axilas, de pie, o apoyada en los muslos del marido (esta última, al parecer, bastante difundida en todo el amplio y variado territorio del estado, desmintiendo la hipótesis de una presencia exclusivamente femenina en los partos). Con respecto a los métodos para favorecer el desarrollo del parto, se citan varios, algunos de carácter “preventivo”, anteriores al parto, otros utilizados a lo largo de éste. Aparece una gran variedad de remedios, desde las ofrendas religiosas al uso de objetos como la “rosa de Jericó”, “cuyas propiedades hidrófilas hacen que se asocie la apertura de sus pétalos, al introducirlas en agua, con la dilatación necesaria para el parto” (*id.*: 242), hasta métodos “físicos”, como presiones en la zona lumbar, movimientos bruscos, tirones en las extremidades superiores o ingestión de bebidas a base de cornezuelo de centeno²⁴. Finalmente, para facilitar la expulsión de restos placentarios se intentaba producir náusea, por ejemplo introduciendo en la boca el pelo de la parturienta o la orina del marido.

De la descripción de estas “costumbres” emerge una visión (compartida tanto por los autores de la

²² En particular, la matrona titulada se asocia al personal médico para afirmar que ya la mayoría (un 54%) de los partos son asistidos por “personal técnico sanitario” (*id.*: 240), y a las parteras sin titulación al sostener que los titulados (médicos), amén de *las tituladas*, sólo intervienen en “casos especiales y peligrosos” (*id.*: 240) o para asistir a mujeres de clases acomodadas (*id.*: 242). También al describir las prácticas de las comadronas no se distingue entre con o sin título.

²³ Al menos esto es lo que se infiere a partir de los datos presentados.

²⁴ El cornezuelo de centeno (*Claviceps purpurea*) es un hongo con reconocidas propiedades uterotónicas, es decir potenciadoras de la musculatura uterina, actualmente sustituido por la oxitocina o por análogos sintéticos de esta hormona. Sin embargo, la metilergometrina, un derivado sintético de la ergonovina presente en el cornezuelo de centeno, más conocida con el nombre comercial de Methergin, se sigue empleando para reducir las hemorragias uterinas después del parto.

Encuesta, de la que se citan párrafos enteros, como por Limón y Castellote) de las parteras como mujeres “ignorantes”, “supersticiosas”, “desaseadas” e irresponsables. Se manifiesta, además, sobre todo en el texto de 1980, un *horror higiénico*, que intensifica la afirmación biomédica reciente y conflictiva de los principios de asepsia en el parto²⁵, para aplicarla a prácticas no inherentes a la higiene vaginal, es decir no inherentes a la posibilidad de introducir gérmenes externos vía las manos de quien asiste²⁶.

Pasando al texto de Carmen González Canalejo (2007) sobre el trabajo sanitario de matronas, enfermeras y practicantes entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, en él se denuncia, desde una perspectiva feminista, el sesgo androcéntrico en la formación, la incorporación de los “roles de domesticidad” en la enseñanza, la imposibilidad para las mujeres de acceder a cargos directivos en escuelas y hospitales y las enormes diferencias salariales entre matronas y practicantes. Y, sin embargo, también se defiende una hipótesis monocausal que, en este caso, atribuye la reducción de la mortalidad materno-infantil principalmente a los cuidados de matronas “de la Institución” (*id.*: 230), es decir incorporadas a los servicios sanitarios, que sustituyen a las peligrosas “curanderas y parteras que actuaban sin título” (*id.*). En su análisis de las reformas educativas que llevan a la institucionalización de la formación de matrona, las parteras no tituladas caen, una vez más, todas en el mismo saco: el de la irremediable y devastadora ignorancia. No solamente se pone aquí de manifiesto una incapacidad de vislumbrar la gran variedad de saberes y prácticas más o menos efectivas (algunas de las cuales, por cierto, han sido retomadas en el siglo XXI²⁷), sino que se sostiene un intrusismo, generalizado y sin diferencias, de médicos, practicantes, comadres, vecinas, parteras sin título y también religiosas, hacia las únicas cualificadas para asistir partos normales (*id.*: 231)²⁸. A la luz de la gran cantidad de mujeres que asistían partos sin título alguno, como demuestra la Encuesta del Ateneo de Madrid anteriormente mencionada, y de la creación todavía reciente del título de Matrona o Partera, cabe ciertamente preguntarse, en primer

²⁵ La afirmación de los principios de asepsia en el parto se remonta a finales del siglo XIX. Véase *supra*, nota 13, para las dramáticas consecuencias, especialmente en el contexto hospitalario, de esta tardía aplicación en obstetricia.

²⁶ Me refiero a las descritas para producir náusea (y movimientos uterinos) y a la costumbre de no cambiar sábanas y ropa que, dicho sea de paso, se considera una verdadera “obsesión” en los hospitales actuales, siendo para varias de las madres entrevistadas algo absolutamente no prioritario después de un parto.

²⁷ Es así, por ejemplo, para las posturas sugeridas en el parto, o las imágenes de apertura empleadas por su eficacia simbólica. Esta afirmación no implica de ninguna manera una defensa nostálgica de antiguas usanzas, muchas de las cuales, además, se suelen atribuir a “otras culturas” más que al pasado propio, quedando extraordinariamente vigente el “chi ha insegnato che cosa a chi?” de Pancino (2003: 82). Al contrario, las matronas que asisten actualmente partos en casa así como las madres que optan por esta forma de atención son mujeres plenamente ancladas en su presente.

²⁸ En 1904 la Ley de Instrucción General de Sanidad Pública prohíbe efectivamente el ejercicio a personas carentes de título profesional. No obstante, la coexistencia de diversas figuras de sanadoras/es parece haber sido muy habitual al menos en el primer tercio del siglo XX, es decir hasta la difusión capilar de las prestaciones sanitarias biomédicas (Press 1980).

lugar, quiénes fueron realmente las intrusas y, en segundo lugar, si tiene algún sentido (histórico) hablar de intrusismo.

Si poco o nada sabemos de la opinión de las que no tenían formación reglada, esto no impide reconocer, en los dos textos analizados, el de Limón y Castellote, y el más reciente de González, la asunción apriorística de la superioridad de la educación formal y biomédica por encima de saberes y aprendizajes de otro tipo, y de un reconocimiento institucional por encima de un reconocimiento colectivo-comunitario. Sin embargo, también se pueden subrayar importantes diferencias entre ellos.

El primero de los dos textos propuestos es el reflejo de una fase en la historia de la antropología médica, en la que la investigación se centraba en los sistemas médicos no occidentales o en la medicina *folk* europea como *curiosidades* o *supervivencias*, manteniendo a la biomedicina como referente monolítico, superior y destino último de los otros sistemas (cf. Seppilli 2000 [1996]: 36-37, Martínez-Hernaez 2008: 26-37, Pizza 2005a, entre muchos otros). El segundo representa muy bien los límites de un análisis feminista que defiende la igualdad en el plano laboral y jurídico, sin poner en tela de juicio el proceso que conduce a la afirmación de un modelo, la biomedicina como sistema socio-cultural en este caso, sobre otros, y las complejas interacciones entre *saber* y *poder*, en sentido foucaultiano, que son características de este proceso de construcción de verdades. La ocultación de la realidad, no sólo numérica, de las parteras sin título, así como de las disputas en torno a la propia definición de un saber institucional para matronas, demuestra la perduración de una visión de la biomedicina como sistema intrínsecamente superior²⁹, visión evidentemente superada en los estudios de antropología médica más recientes. Considero estas posturas, provenientes de una autora con formación sanitaria, emblemáticas de dos problemáticas generales presentadas en el primer capítulo: por un lado la dificultad de incorporar las ciencias sociales a la formación sanitaria y el escaso impacto de los hallazgos de la antropología en la población en general, y por otro las limitaciones de un feminismo enfocado exclusivamente a la consecución de una “igualdad de oportunidades”.

A pesar de estas diferencias, ambos textos confirman implícitamente las dificultades inherentes al establecimiento de una atención profesionalizada al parto, muy a pesar de la institucionalización de

²⁹ Cabe señalar la distinción de la autora entre saber de médicos y practicantes (focalizado en las técnicas terapéuticas) y saber de matronas y enfermeras (centrado en los cuidados, la comunicación y la educación sanitaria popular). Discrepo con la atribución de estas “nuevas categorías de cuidado” a la enfermería y matronería institucional, reconociendo en ellas, al contrario, por un lado una corriente interna a la propia biomedicina (también definida como humanística), y por otro el establecimiento de un *locus* específico para enfermeras y matronas que, precisamente, limita su actividad a la de cuidados, devaluándola por lo demás.

la formación. Ésta, como se ha mostrado, produce importantes cambios formales en la definición del papel de la matrona y del contenido de su enseñanza, pero con un impacto al parecer todavía reducido en cuanto a su difusión. Solamente la afirmación de un modelo de sanidad pública, con el Seguro de Maternidad antes, y la gestión hospitalaria del parto después, llevarán a la imposición definitiva de una asistencia biomédica especializada.

2.2. La matrona de hospital o la subordinación legalizada

A partir de la reglamentación de 1861 se suceden varios cambios legislativos que producen una reestructuración continua en la formación, en su contenido, en los requisitos de acceso y en la duración³⁰. Contemporáneamente, se asiste a una incorporación progresiva de las matronas a la sanidad pública, inicialmente en instituciones de beneficencia, hospitales o casas de maternidad dirigidas a embarazadas sin recursos, sin marido o presas (González 2007); luego con el establecimiento de puestos para la beneficencia municipal en cada ayuntamiento (Real Orden del 1928, *Gaceta de Madrid* de 12 de diciembre de 1928), y sobre todo con el Seguro de Maternidad³¹, que determina la asignación de una matrona o médico para el parto como servicio para las trabajadoras. Este Seguro, establecido en 1929 y puesto en marcha dos años más tarde por el Instituto Nacional de Previsión (INP), parece haber tenido muy buena acogida entre las matronas, siendo considerado una fuente de legitimación, además de una oportunidad de trabajo e ingresos (Ruiz-Berdún y Gomis 2014).

En este período, los Colegios Provinciales de Matronas asumen nuevo peso a través de varios convenios con el INP, en los que se establece, entre otras cosas, el derecho de cada colegio a designar la matrona referente para las entidades aseguradoras (*id.*: 80). El protagonismo en los embarazos y en los partos conferido por esta medida, a pesar de las grandes diferencias territoriales, de la oposición de algunos médicos y de las limitaciones en la prescripción de medicamentos, contra las que lucharon sin mucho éxito varias matronas (*id.*: 78-82), no es empero el reflejo de una autonomía legalmente reconocida.

Entre 1928 y 1929, tras la creación de Escuelas de Matronas y el establecimiento de su plan de

³⁰ Se remite a otros estudios que revisan estos cambios legislativos: Terré 1997, Valle 2002, Fernández y Canales 2012: 89-90. También la página web de la Asociación Española de Matronas recoge numerosos documentos sobre la reglamentación formativa y laboral de las matronas, en: http://www.aesmatronas.com/doc_regulacion_profesional.html

³¹ A éste seguirá el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), implantado en 1942, que ampliará las posibilidades de trabajo para las matronas (Montes *et al.* 2013) e implicará una extensión sin precedentes del sistema sanitario y de previsión, como sistema de difusión capilar y con capacidad coactiva (Press 1980).

estudios, se especifica claramente la subordinación de las matronas (y también de los practicantes) a la figura del médico, al mismo tiempo que se asegura su contratación a través de las Beneficencias Municipales. En particular, en la Real orden del 11 de diciembre de 1928, en su artículo 6, se lee:

En ningún caso se reconoce a estos auxiliares de la Medicina facultad propia para intervenir por sí en los servicios que se les encomienda, quedando en todo momento supeditados a la dirección de los Médicos correspondientes.

Asimismo en la *Gaceta de Madrid* de 3 de octubre de 1929 se detallan ulteriormente estas disposiciones (art. 10, 11, 12), confirmando la imposibilidad para las matronas de anunciarse públicamente abriendo sus propias consultas, y de actuar autónomamente, incluso en los partos normales.

Si se toman en cuenta estas disposiciones legales, y simultáneamente se consideran algunos estudios basados en la historia oral, tanto en el contexto del Estado español (Montes *et al.* 2013) como en otros (Rhodes 2001 para Inglaterra) parece más bien que las matronas mantuvieron cierto grado de autonomía no por su reconocimiento legal sino por el contexto mismo en el que actuaban: la *casa*. Más allá de la aceptación de la jerarquía que les era enseñada, en la práctica cotidiana trabajaban a menudo solas, en domicilios particulares, sin supervisión alguna y mostrando una gran capacidad de adaptación a entornos y situaciones familiares diferentes. Asumían así las responsabilidades del trabajo en solitario, de diagnosticar complicaciones y recurrir a la ayuda de otra figura profesional en el momento oportuno. Según Rhodes (2001: 206-208) fueron precisamente estas características las que hicieron de la práctica en los domicilios una oportunidad para el trabajo independiente y para el reconocimiento de cierto estatus entre la población. Reconocimiento que, no está de más subrayarlo, no siempre se traducía en relaciones horizontales entre iguales sino que también daba lugar a relaciones paternalistas con las mujeres asistidas, produciendo una “mezcla de respeto y pavor” (*id.*: 209). En definitiva, siguiendo a Rhodes, la propia experiencia acumulada parece haber conferido a las matronas una gran seguridad en sus capacidades, que se traducía en cierta independencia en el lugar de trabajo, aunque esto no necesariamente implicase cuestionar las jerarquías biomédicas.

A conclusiones muy parecidas llegan los autores del otro estudio citado, basado en relatos de matronas de principio de siglo, que trabajaron en la zona de Tarragona y provincia, en un periodo en que la casi totalidad de los partos tenía lugar en la casa de la parturienta (Montes *et al.* 2013). En todo el estado, en la primera mitad del siglo XX, la asistencia domiciliaria efectuada por una

matrona era la práctica dominante y solamente en caso de complicaciones durante el embarazo o de “distocia social”, un eufemismo usado para definir los casos de pobreza extrema (*id.*: 182), se canalizaba a clínicas y casas de maternidad. A la matrona le correspondía establecer cuándo un parto salía de la “norma” y necesitaba de intervención médica. Los buenos resultados conseguidos en términos de morbi-mortalidad demostrarían “una sólida formación práctica para la resolución de los problemas” (*id.*: 182).

Tampoco en este texto ninguna de las entrevistadas cuestiona abiertamente la superioridad médica, en una actitud de respeto y reconocimiento hacia los médicos con los que colaboraron, aunque sí se den situaciones de conflicto, especialmente opiniones divergentes en la resolución de casos concretos; decisiones autónomas de asistir a mujeres muy pobres; prácticas de sutura o administración de medicamentos en teoría prohibidos; y un cierto tono resentido en afirmaciones como la siguiente: “nosotras hacíamos el trabajo y ellos se llevaban los laureles” (*id.*: 189).

La independencia alcanzada en la práctica cotidiana, el respeto de la comunidad en la que trabajaban, cubriendo también funciones de educación popular para la salud, conllevaban, sin embargo, una dedicación temporal muy elevada y una remuneración más bien escasa, lo cual representa otra indiscutible diferencia con respecto al trabajo médico. El permanecer *dentro* de los límites establecidos, y también en condiciones de trabajo no especialmente envidiables, hacía que no fuera incompatible la obediencia y aceptación del orden biomédico con una gran confianza en sus capacidades y criterios de elección y actuación.

Si bien parece pertinente reconocer en el espacio domiciliario una fuente de autonomía que permitía, además, cierta imprecisión en las fronteras entre una profesión y otra (Rhodes 2001: 204), la hospitalización de los partos representa un cambio importante de perspectiva. En un discurso de 1933 que muestra ser premonitorio, pronunciado con motivo de la inauguración del curso académico de la Sociedad Ginecológica Española (citado en Ruiz-Berdún y Gomis 2014: 83), un médico, Mateo Carreras Reura, afirma:

[...] si se fraguara un estado de conciencia por virtud del cual todas las mujeres acudieran para parir a Centros clínicos adecuados; si existieran estos Centros en número suficiente [...] entonces la profesión de Comadrona, investida de sus facultades actuales, es decir, las de directiva única de la gran mayoría de los partos, podría ser definitivamente abolida. Llegada esta era venturosa, los Tocólogos asumirían el gobierno y control de todas las parturientas, y las Comadronas (o como a la sazón se las llamase) se limitarían a una función auxiliar, pero muy necesaria, que no reduciría su campo de actuación ni sus legítimos ingresos.

En el Estado español las maternidades hospitalarias empiezan a construirse a partir de los años 60 del siglo XX, alcanzando su momento culminante en la década de los 70 (Lellep 1980). Según de

Miguel (1980: 268), en 1976 un 83% de los partos se realizaban en centros sanitarios (en hospital público el 60%, en clínica o maternidad privada el 40%). En este contexto, la matrona adquiere una función claramente subsidiaria, afirmada una vez más y de manera más contundente a nivel legal, y consolidada por la estructuración y organización del espacio hospitalario.

Su rol secundario queda inexorablemente manifiesto en el Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, de 1973. En éste, en los artículos de 65 a 69, se definen las funciones de estas profesionales, insistiendo reiteradamente en su papel de auxiliar con respecto al médico, cumplimentando las instrucciones recibidas y los tratamientos ordenados por éste (cf. Fernández y Canales 2012: 7-8). En particular, su papel en los partos normales dependería del reconocimiento médico de que un parto pueda efectivamente considerarse “normal”, dejando sobreentender la incompetencia de las matronas para ello (artículo 67, apartado 2):

Asistir a los partos normales en los casos en que por el Médico se haya comprobado la normal evolución clínica de aquellos, viniendo obligada a avisar al Médico sin pérdida de tiempo y bajo su responsabilidad, en cuanto observe cualquier anomalía en su evolución [cursiva mía].

La evidente pérdida de protagonismo de las mujeres al dar a luz, derivada precisamente de su hospitalización, y a la que seguirá un progresivo control biomédico en las fases anteriores y sucesivas (embarazo y crianza) se acompaña por lo tanto de una pérdida de independencia de las matronas.

La estructuración misma del hospital, que implica, como han señalado diferentes autoras, el reparto de tareas entre varios especialistas, tiempos estandarizados y una organización espacial que fragmenta de manera muy visual el proceso mismo del nacimiento (sala de dilatación, paritorio, habitación para la recuperación posparto, nido), contribuirá a hacer efectivas las disposiciones establecidas para las matronas, confirmando mayor “realidad” a la distribución diferencial de poder/saber legalmente anunciada. Además, la incorporación del discurso y de la jerarquía biomédicos por parte del ya muy definido colectivo profesional de las matronas se traducirá a menudo en intervenciones rutinarias, atención muy poco personalizada, falta de empatía, cuando no en comportamientos autoritarios y violentos, denunciados repetidamente por grupos y asociaciones de mujeres y usuarias, precisamente a partir de los años 70 del siglo pasado.

2.3. La rocambolesca historia de la autonomía (legal) de las matronas

El actual reconocimiento legal de la autonomía de la matrona como profesional sanitario es por lo

tanto un hecho relativamente reciente y con una historia algo rocambolesca, en la que se pueden distinguir dos fases fundamentales: la adaptación de la formación a la normativa europea, con la ampliación de su duración y de sus competencias, y la derogación del Estatuto de 1973 anteriormente mencionado.

La falta de adecuación curricular a la normativa europea³² y el consecuente recurso del Tribunal de Justicia de la CEE provoca el cierre de las Escuelas de matronas en 1987 (Terré 1997, Rodríguez 1999). Hasta la Orden de 1 de Junio de 1992, que se pondrá en marcha solamente dos años más tarde y de manera desigual, ya que no todas las Comunidades Autónomas tendrán Unidades Docentes acreditadas, no se da posibilidad alguna de formarse como matrona. Es más, algunas vivirán en su piel esta controversia, al haber empezado su formación “cuando no debían”, ya que la Comunidad Europea no aceptó los motivos aducidos por España³³, que apelaba a la dificultad de adaptar la formación en plazos tan breves y sin medidas transitorias.

Roberta se formó (por primera vez) en 1990, con un título de experto que prometieron convalidarle una vez terminado el proceso de adaptación curricular para matrona:

Nos prometieron reconocernoslo como Especialidad cuando saliera el EIR³⁴, ¿no? Y cuando salió el EIR nos dijeron que no. [...] Salieron las primeras especialistas, no se nos reconoció, nos metimos a juicio, y quince años después o así, fue, quince o dieciséis años después salió que nada. Y entonces ya con mi niño chico esperé a tener la plaza de enfermera para volverlo a hacer [Roberta, 45 años].

Elección de fechas de inscripción irremediabilmente equivocadas aparte, la experiencia de Roberta resulta representativa de este hueco generacional.

Así pues, esta reordenación tardía de titulaciones constituye un momento de inflexión, que generó “cierta crisis” en la profesión (The Boston Women's Health Book Collective 2000 [1972]: 487), produciendo un salto de casi diez años en la formación (la primera promoción terminará en 1996) y una endémica escasez de matronas en la sanidad pública, primero debido a la falta de reemplazo, y luego por el número reducido de nuevas plazas, esto último producto más bien de decisiones políticas específicas. Todavía en 2010 Rodríguez Rozalén, presidenta de la Asociación Española de

³² Directiva 80/155 y 80/156.

³³ Se remite a la respuesta del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas a las justificaciones presentadas por el Estado español: *Fallo del Tribunal de Justicia de 7 de noviembre de 1991. - Comisión de las Comunidades europeas contra el Reino de España. - Incumplimiento - Directiva 80 / 155 / CEE - Formación de las comadronas. - asunto C-313 / 89*. Documento traducido por la Asociación Española de Matronas, disponible en: http://www.aesmatronas.com/doc_regulacion_profesional.html

³⁴ Enfermero Interno Residente. Es un sistema que prevé una formación práctico-teórica de dos años, después del título de Enfermería, organizada en un formato residencial comparable al más conocido MIR de Medicina.

Matronas, afirmaba³⁵: “Se ha perdido una generación. El 47% de las actuales matronas son mayores de 50 años. El resto es relativamente más joven. Tenemos una pirámide de edad un tanto extraña”. A las diferencias de edades se añaden importantes diferencias en la formación, que hacen que se hable coloquialmente de “vieja escuela” para referirse a las matronas mayores, las que, en palabras de Rodríguez Rozalén, estaban esperando “ilusionadas a las primeras promociones que se incorporarán a esta “familia” de las matronas españolas” (Rodríguez 1999 [1996]: 28). Las nuevas integrantes de la “familia”, no obstante, no parecieron considerar precisamente familiar y acogedor el ambiente laboral en el que les tocó insertarse:

Quando terminé en el 96 [...] la cosa estuvo un poquito difícil, porque en principio claro, las matronas llevaban muchísimos años sin tener relevo, y tenían copada la asistencia de una forma un poco peculiar, y era como que no se habían enterado que estaban saliendo personas nuevas, que, bueno, que íbamos a trabajar allí, con una formación bastante diferente a la que habían recibido ellas [Carla, 50 años].

Las diferencias en la formación resultan evidentes para todas las entrevistadas. Sin embargo, mientras algunas inciden en los aspectos positivos de estos cambios, otras hacen hincapié en la desaparición de colegios independientes, al quedar subsumido el de matronas en el Colegio Oficial de Enfermería a partir de 1977, y en la falta de referentes para lo que concierne a la asistencia domiciliaria al parto, al jubilarse las que habían trabajado en este ámbito. Roberta, que volvió a formarse como matrona unos veinte años después de su primer intento, valora positivamente las novedades experimentadas en la formación, básicamente por introducir rotaciones también en Atención Primaria y una visión más respetuosa de la fisiología del parto. Para Patricia, en cambio, que incide también en el cierre de los Colegios y por tanto en la falta de representación institucional, este salto impidió mantener contacto con las matronas de antaño, que habían asistido en casa y con una autonomía muy elevada en la práctica cotidiana, como se ha podido constatar en el apartado anterior:

En esta unión [de colegios], mientras que todo esto se regula y se hace la formación vía MIR [EIR], pasan un montón de años en los que no salen comadronas. [...] Las comadronas se jubilan y no hay recambio generacional, entonces se necesitan muchas comadronas, y muchas comadronas en el hospital, porque entonces la asistencia en casa se ha abandonado, entonces toda la formación ha sido dirigida como a cubrir esta..., esto que se necesitaba socialmente. Entonces que no haya habido durante 11 años comadronas nuevas, no ha favorecido tampoco [...]. Porque además mucha gente nueva [...], yo por ejemplo sí que me formé con comadronas que habían asistido partos en casa y comadronas que eran muy autónomas dentro de su trabajo, incluso aunque incluso fuera hospitalario. Pero ahora hay toda una serie de gente nueva que no ha vivido esto, entonces no tienen como esta información de sus colegas ancestrales, ¿no? [riendo levemente]. No les ha llegado [Patricia, 43 años].

Por otra parte, la reordenación, si bien evita la desaparición de la figura profesional de la matrona, y

³⁵ En un artículo de El País del 13 de noviembre de 2010 (http://sociedad.elpais.com/sociedad/2010/11/13/actualidad/1289602801_850215.html).

amplía su currículum formativo, no pone fin a la subordinación legalmente reconocida. Habrá que esperar al 2003, de hecho, para que desaparezca la división histórica entre personal facultativo y no facultativo. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, constituyen el marco legal de referencia para el reconocimiento de autonomía y responsabilidad propias en las funciones de las matronas (*cf.* Fernández y Canales, 2012). El nuevo Estatuto representa un hito importante porque deroga, por fin, la orden ministerial de 1973, en la que la obediencia al médico parecía el rasgo definitorio.

Sobre esta base se desarrolla la normativa actual³⁶, en la que las funciones de las matronas quedan ampliamente definidas, reconociéndose su autonomía en los “partos normales”, sus capacidades en la detección de anomalías y riesgos, y su papel en la salud materno-infantil, así como en diferentes aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres (FAME, 2010). No obstante, la indefinición de otros ámbitos competenciales en la atención al embarazo/parto/posparto, como por ejemplo en la especialidad médica de Ginecología y Obstetricia, hacen difícil y al mismo tiempo necesario delimitar las esferas de actuación específicas de cada figura (Fernández y Canales, 2012: 21).

Por último, la supuesta autonomía queda evidentemente supeditada al respeto de sus funciones en una realidad bastante más compleja, en la que no todas están dispuestas a asumir estas funciones (ni todas han sido formadas para ello), no siempre se les reconocen las mismas (ni por parte de otras figuras profesionales, ni por parte de las usuarias), y donde a menudo existen tensiones y conflictos entre las mismas matronas, que reflejan visiones diferentes de la práctica obstétrica (*cf.* cap. 3).

³⁶ Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo por el que se aprueba y publica el programa formativo de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), y en el que también se establece el perfil competencial de las matronas.

3. El renacimiento del parto en casa

A partir de los años 70 del siglo XX, cuando los excesos de intervencionismo tecno-médico habían llegado a extremos claramente nocivos (por ejemplo con el uso de barbitúricos en el parto o de radiografías durante el embarazo), se desarrollan movimientos de “retorno” a una vivencia familiar o colectiva y casera del parto en diversos países occidentales. Un retorno que nunca fue mera repetición de visiones, técnicas y métodos del pasado, sino que, a veces a partir de experiencias vividas como traumáticas o, más sencillamente, interpretadas como absurdas, retomaba algunos elementos de la asistencia en casa *de antes*, pero haciendo uso de prácticas muy variables, biomédicas o no, según contextos y preferencias personales.

No se trató de reivindicaciones aisladas, sino de una demanda que nacía en el seno de movimientos sociales contestatarios, que cuestionaban las relaciones de poder y las desigualdades operativas en distintos ámbitos, y que propugnaban otras formas no solamente de parir, sino de vivir, y por lo tanto también de gestionar la salud en un sentido amplio y no técnico-administrativo. Más en concreto, es innegable la conexión del parto en casa con el movimiento feminista que, en los aspectos relativos a la salud de las mujeres, denunció graves ausencias en los sistemas sanitarios y generó potentes críticas, pero también creó formas alternativas y afirmativas, como los grupos de autoconocimiento corporal y autogestión de la salud, y editó materiales propios, entre los que destaca, por su amplísima difusión y sus diversas adaptaciones e integraciones a lo largo de los años, el célebre *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, de The Boston Women's Health Collective, publicado por primera vez en 1972. Este texto, escrito por un colectivo de 14 mujeres estadounidenses, blancas y de procedencia universitaria, vivió varias reelaboraciones, con el objetivo explícito de proponer nuevas perspectivas y enfrentar problemas propios de otros contextos o de *otras* mujeres³⁷. Con su enorme variedad temática, un lenguaje directo, informaciones claras que intentan incluir posibilidades muy diversas, ofreciendo explicaciones útiles y consejos prácticos, además de testimonios de otras mujeres, este libro constituye un ejemplo muy valioso del trabajo feminista en el campo de la salud. Una sección entera, la número cinco (capítulos de 23 a 26), se dedica al comienzo de la maternidad, al embarazo, parto, posparto, infertilidad y pérdida del embarazo.

Las palabras reproducidas a continuación abren la sección mencionada de la versión española actualizada en 2000, situándose claramente en el marco de las críticas feministas al tratamiento biomédico del embarazo, parto y posparto, elaboradas también por diversas autoras³⁸, en este ir y

³⁷ Es el caso de la situación específica del Estado español y de los países de América Latina, en la traducción al castellano, o de las inmigrantes latinas norteamericanas.

³⁸ Entre ellas se señala la obra pionera de Adrienne Rich (1996 [1978]), que distingue entre maternidad como *experiencia* y como *institución* y dedica un capítulo entero a lo que define como “parto alienado”, no sin ahorrarse

venir entre academia y activismo tan característico del feminismo:

La mayoría de los sistemas de salud [biomédicos] actuales tratan a la mujer embarazada como si estuviera enferma, tratan el parto como si fuera un evento médico, y durante el posparto se olvidan de la mujer, porque ya tuvo al bebé, y éste es lo más importante (*id.*: 479).

Así, en el contexto del Estado español, el resurgimiento del parto en casa y de grupos profesionales que lo asisten de forma privada³⁹, no existiendo la posibilidad de la asistencia domiciliaria como opción cubierta por la Seguridad Social, estuvo ligado a los movimientos sociales y contraculturales que explotaron en el postfranquismo, así como a visiones críticas en el ámbito de la salud, tanto internas al sistema sanitario como externas a él. Precisamente con la intención de identificar los orígenes del parto en casa como forma de asistencia que se desarrolla en diversos puntos del estado, se analizarán diversos materiales, poniendo énfasis en su vinculación a determinados movimientos, y especialmente al feminismo; reconstruyendo el trabajo que supuso ir definiendo unos discursos comunes y unas determinadas maneras de hacer en la asistencia; presentando los principales referentes extranjeros e incidiendo en algunas diferencias fundamentales existentes entre ellos; y terminando con la figura emblemática de Consuelo Ruiz, que representa una especie de enlace viviente entre la matronería *de antes*, la de los años 50, y la *de después*, la de los años que nos ocupan, esto es, el último tercio del siglo XX.

3.1. Las bases

Indagar en los motivos que están detrás del renacimiento del parto en casa nos conduce a analizar algunos materiales de la época y a contar con reflexiones posteriores, escritas y orales, de profesionales que vivieron esta fase.

María Fuentes, médica homeópata de actividad imparable y biografía densa, y que ya hemos

críticas mordaces al presunto “parto natural”; de autoras “no especialistas” como Barbara Ehrenreich y Deidre English; de antropólogas y sociólogas como Emily Martin y Barbara Katz Rothman en Estados Unidos y Franca Pizzini y Gianfranca Ranisio en Italia; de historiadoras como Barbara Duden en Alemania, Montserrat Cabré y Teresa Ortiz en el territorio español, Monica Green en Inglaterra, Silvia Federici en Italia y luego Estados Unidos.

³⁹ Cabe señalar que el elitismo del parto en casa ha sido una de las críticas más frecuentes entre quienes reconocían (y reconocen) la necesidad de desmedicalizar el parto. Así, desde los inicios de la Asociación Nacer en Casa, se vive como una contradicción que quien quiera parir en casa sólo pueda hacerlo pagando de su bolsillo, como si se tratase de un capricho. Este tema ha generado debates recurrentes, apareciendo en reuniones y boletines de la Asociación, y siendo llevado también a congresos y jornadas. Las soluciones para hacer accesible la asistencia en casa incluían pagos simbólicos y pagos por plazos. Los precios también eran muy variables, dependiendo, entre otras cosas, de la dedicación exclusiva o puntual de las matronas. En 1993 en Galicia no cobraban nada, mientras que en el resto del estado los costes de la asistencia iban desde las 45.000 pesetas (en Córdoba) a las 100.000, en varios lugares del Estado (*Acta 16 de Octubre de 1993*, Asociación Nacer en Casa).

presentado como una de las figuras clave en el desarrollo del parto en casa en el Estado español⁴⁰, al situar sus inicios en la atención domiciliaria, reconoce cinco líneas de influencias interrelacionadas: feminismo, naturismo/higienismo, no violencia/pacifismo, educación popular para la salud y medicina preventiva⁴¹ o salud primal (este enfoque, popularizado por Michel Odent, reconoce en el modo de nacer una base esencial para la salud de la persona)⁴². Aquí me centraré tan sólo en dos de ellas, por ser las más comúnmente reconocidas por las mujeres que empezaron a asistir en esta época, indicando también la participación en espacios de militancia: movimiento feminista y movimiento de la no violencia, reservando al primero un espacio significativo, debido a sus intrínsecas ambivalencias.

En varios documentos se identifican en la filosofía y militancia de la no-violencia y en el feminismo las raíces personales y también colectivas del parto en casa, como movimiento en sí y al mismo tiempo como parte de movimientos más extensos. En la ponencia inaugural del *Congreso para el 25 aniversario de Nacer en Casa* (2013), María Fuentes traza un recorrido de la Asociación, que considera solamente “la punta de iceberg”, una manifestación concreta de un movimiento que se gestó en un momento histórico-político determinado. Se ubicaría, pues, en el periodo posfranquista, en una época en la que la asistencia hospitalaria al parto ya se había afirmado de manera incontrovertible y aparentemente irreversible, y en un momento de subordinación explícita de la matrona dentro de la organización jerárquica de cada hospital. Si en la ponencia se reconoce, por un lado, la proximidad histórica del parto domiciliario, ya que “hasta los años 50 los partos eutócicos los asistían las comadronas”, también se explicita un distanciamiento con respecto a esa época, en la que las condiciones de asistencia podían ser “duras y difíciles”, y no se disponía de los mismos medios, ni a nivel técnico, ni de transporte, ni de las propias estructuras hospitalarias.

El parto en casa nace, entonces, o mejor dicho resurge como movimiento, a partir de una crítica que es eminentemente política:

⁴⁰ Véase la nota 61 del capítulo 1.

⁴¹ Al hablar de “medicina preventiva” no se refiere a un concepto biomédico, sino a modos de vida equilibrados, saludables y gozosos, lo que para ella constituye la “verdadera” medicina preventiva, que empieza, precisamente, en el nacimiento.

⁴² Las primeras tres expuestas en la ponencia que inaugura el *Congreso para el 25 aniversario de Nacer en Casa* (Madrid, 2013), las últimas dos, a saber, educación popular y medicina preventiva, añadidas en entrevista, estando ligadas más bien a su trayectoria personal como médica, y que sin embargo demuestran haber tenido cierta importancia en los desarrollos del parto en casa, a pesar de ser raramente mencionadas. En particular, la educación popular estaría vinculada con las motivaciones originarias de fomentar la autonomía y la autogestión a través de una adecuada preparación al parto, motivaciones que hoy comparten sólo algunas de las comadronas que se dedican a la asistencia domiciliaria; mientras que el enfoque preventivo, en su versión odentiana de “salud primal”, escasamente presente en estos términos en los materiales más antiguos, ha tenido bastante éxito entre las profesionales actuales.

Eran movimientos políticos que obviamente se oponían a la dictadura y al fascismo, por las libertades, y en este contexto sobre todo desde los ámbitos de la no violencia y desde los ámbitos del feminismo nos fuimos encontrando, nunca por casualidad, pero aparentemente por casualidad, algunas de nosotras (*id*).

Estos mismos orígenes ideológicos y activistas son los que menciona Mercedes Serrano (2001: 62), cofundadora, en 1988, de la Asociación Nacer en Casa, orígenes que también identifica como propios una de las primeras comadronas que se dedicará de manera sistemática y exclusiva a la asistencia domiciliaria en Andalucía:

A ver, yo vengo, a nivel político, y de movimiento social, venía en aquel momento, te estoy hablando de los años 86-87, entre el 87 y el 90 yo estoy en un movimiento social de no violencia, feminismo, no guerra [Francisca, 53 años].

Para ella, así como para muchas de su edad, el texto referente por excelencia fue el de Frederick Leboyer, *Por un nacimiento sin violencia*, 1983 [1974]:

Pues yo decía: ¿cómo puedo hacer una acción no violenta dentro de mi trabajo, no? Entonces es de ahí de donde viene para mí el cambio como comadrona. Entonces me leo el primer libro de Fredrick Leboyer, *Por un nacimiento sin violencia*, y entonces cuando me leo este libro digo pues si yo hago esto soy una asesina y no puedo seguir haciendo este trabajo. Para mí fue un revuelo impresionante. La primera cosa que hice fue tirar el libro contra la pared y decir: esto yo no lo hago, yo no soy esta, esto no lo hago a los bebés, esta no soy yo. Es decir me removió muchísimo, pero lo volví a leer, porque dije esto si me ha picado tanto, si me he cabreado tanto, es que hay algo que me levanta, ¿no?

El mérito de Leboyer, en efecto, estriba en la capacidad de *hacer ver y sentir*, con un lenguaje poético y también con imágenes fotográficas, lo que muy probablemente puede sentir un bebé a causa de las intervenciones rutinarias durante el parto. Su obra, además, parece estar perfectamente en línea con las reivindicaciones del movimiento de la no-violencia, de alguna forma coronándolo, ofreciendo un marco interpretativo válido, y convirtiéndose en una suerte de etiqueta para la asistencia domiciliaria. Si representó una verdadera revelación fue por su capacidad de mostrar la cara humana del recién nacido, su carácter de persona y de sujeto, y no solamente de “producto” que necesita ser expulsado. Su defecto, sin embargo, fue considerar superada y ganada “la batalla en favor de la madre”, la cual generó profundas divisiones en el movimiento feminista, y en particular entre las feministas españolas, por la peculiar coyuntura histórica en que se encontraban.

El conocimiento de y el control sobre los procesos reproductivos, los cuales a primera vista pueden parecer indiscutibles baluartes del movimiento y de las teorías feministas, estando en el centro de debates, críticas y acciones en varios países de Europa occidental y Norteamérica ya a partir de la década de los setenta, esconden ciertas ambivalencias y producen tensiones internas al propio

feminismo, en parte compartidas más allá de los confines estatales, en parte muy características del contexto histórico del Estado español. En éste, la evidente desigualdad legalmente establecida durante el franquismo (Valiente 2003) imponía luchas urgentes tales como el acceso a la educación y al empleo (sin tener que depender de ningún permiso marital) o el poder decidir cuándo y si tener progenie. El distanciamiento de la maternidad como dimensión definitoria de las mujeres y como destino pasó por su negación (teórica) y su arrinconamiento (social), dando prioridad a la conquista de la “esfera pública”. Es para lo que la socióloga Isabel Aler (2012), al reflexionar sobre las actitudes del feminismo español posfranquista hacia la maternidad, crea la categoría de *desmadres*, refiriéndola al período de la transición y al feminismo de la igualdad. Otras dos categorías le sirven para las épocas sucesivas: la de *enmadres*, para referirse al feminismo de la diferencia y a su valoración del potencial creador de la maternidad, cuyo desarrollo encuadra entre los años 80 y 90; y la de *comadres*, para incidir en la más reciente vivencia de la maternidad como forma de vinculación social que trasciende el modelo individualizado y que defiende el potencial transformador de los cuidados (posiciones que identifica con las ecofeministas).

Sin embargo, si el feminismo puede caracterizarse por algo es por la gran variedad de posturas internas, frecuentemente simultáneas, y la capacidad de autocrítica que, si no siempre, al menos a menudo ha generado fértiles debates y no solamente estériles confrontaciones. Merece la pena detenerse en dos textos, de finales de los años 70 y principios de los 80, ambos producidos por el grupo Daia (Dones per l'autoconeixement i l'anticoncepció). Las reflexiones que proponen demuestran la no incompatibilidad entre, por un lado, las luchas por la legalización de la anticoncepción y la despenalización del aborto y por un cambio generalizado en la asistencia institucional al parto⁴³; y por otro, la conciencia del limitado alcance de las soluciones “urgentes”.

En un sulfuroso texto de 1979⁴⁴, las mujeres de DAIA denuncian, a partir de sus propias experiencias y con una ironía demoledora, la problemática ausencia de la maternidad en los círculos feministas o su reducción a cómo poder limitarla o evitarla. Se muestran perfectamente conscientes de estar tocando un tema muy controvertido y de avanzar propuestas rupturistas y, de hecho, lo que esperan y quieren es justamente generar un debate en torno a un tema que piensan que no se puede aplazar más. Sin caer nunca en una exaltación de la maternidad pero sí negándose rotundamente a su olvido, a partir de la constatación innegable de su realidad empírica, prefieren bajar a una

⁴³ En ambos casos, además, se une a las reivindicaciones la construcción de alternativas a través de acciones transformativas y proyectos concretos (por ejemplo, charlas informativas sobre métodos anticonceptivos, grupos de autoconciencia y preparaciones “feministas” en el embarazo, centros de planificación familiar y proyectos de asistencia domiciliaria al parto).

⁴⁴ *Maternidad, embarazo y parto*. Texto de una ponencia presentada en unas jornadas, presumiblemente feministas, en noviembre de 1979. Las partes entrecomilladas reproducen palabras del texto.

dimensión más terrenal, tratándola como posibilidad inmanente y no como un mito “al que adorar u odiar”. Plantean, entonces, el desafío de transformarla en una opción placentera, una elección personal y militante de ser “madres egoístas”, es decir madres para las que el bienestar propio y el del hijo/a no estén necesariamente enfrentados. Para ello, consideran necesario incorporar la infancia a la sociedad, a los colectivos feministas y a la vida adulta en general, sin ver en las personas más pequeñas solamente unos seres molestos y siempre fuera de lugar, y apuestan por compartir las tareas de cuidado. Pero también, y se centran en este aspecto, consideran imprescindible recuperar el control sobre *todo* el proceso reproductivo, a partir, precisamente, del embarazo, parto y posparto. El inicial grito de alarma con el que abren el texto va tomando la forma de una denuncia despiadada del sistema hospitalario, de su rutinaria e iatrogénica cadena de intervenciones⁴⁵, para terminar con una presentación del parto en casa como “contestación radical al actual sistema obstétrico”.

“No somos pocas las feministas que vivimos en la contradicción de estar en la sociedad machista aceptadas como madres y negadas en nuestras demás facetas y de estar en el movimiento aceptadas en todas nuestras facetas pero ignoradas como madres”. A partir de esta contradicción vivida, que aparece en los relatos de quienes, identificándose como feministas, participaron en esta fase de “renacimiento” del parto en casa⁴⁶, proponen una reflexión sobre lo absurdo de muchos procedimientos hospitalarios, y, acto seguido, narran sus experiencias en los partos en casa, propios y atendidos. Adelantando las muy probables acusaciones de estar proponiendo un regreso al pasado, toman distancia de un parto domiciliario igualmente dependiente de la figura profesional, caracterizado por el desconocimiento y por el miedo, como puede haber sido el de la generación de sus madres, y reservan el hospital para los partos de alto riesgo. En su visión y en su práctica, parir en casa significa tomar las riendas del proceso. La comadrona o el médico devienen simples “asesores técnicos”, siendo en todo momento prioritarios los deseos y elecciones de la madre. Se muestran, no obstante, totalmente conscientes de estar hablando de experiencias necesariamente

⁴⁵ En particular se menciona el sistemático acortamiento de la dilatación con administración de oxitocina sintética, las consecuentes contracciones más fuertes y repetidas, la administración de analgésicos para aguantarlas (y por lo tanto la imposibilidad de seguir activas en el parto), el uso rutinario del monitor fetal (“de dudosísima utilidad en un parto normal”) que obliga a la inmovilidad, reduciendo así la oxigenación del bebé; el uso de anestesia, una vez “agotadas y aterrorizadas”; la posición litotómica (“la posición más absurda y antianatómica posible pero muy cómoda para meternos mano”); la episiotomía (“los clásicos puntos de los cuales ya no se libra ni dios”); y a veces ventosa o fórceps. A ello se añade la entrada y salida de “extraños” (profesionales varios y estudiantes), y sus “pequeños experimentos”, la sensación de tremenda soledad, sea la habitación individual o compartida con otras parturientas, “cada cual gritando en un tono distinto”. Finalmente, la categoría biomédica de “depresión posparto” se interpreta aquí como obvia consecuencia del tratamiento hospitalario descrito.

⁴⁶ Tanto en entrevistas y conversaciones con comadronas, como en la ponencia presentada por María Fuentes en el último Congreso de Nacer en Casa, se hace hincapié en la difícil relación con un feminismo denominado “ortodoxo”.

minoritarias, lo que atribuyen a dos razones principales: la dificultad de encontrar profesionales críticos y dispuestos “a alejarse de la seguridad del sistema establecido”; y los cambios en la relación con su cuerpo que implica para las mujeres parir en casa. Saben perfectamente que los mecanismos de dependencia son particularmente insidiosos por estar profundamente interiorizados, hasta el punto de que “hasta las más críticas vamos al parto confiadas y aliviadas ante la idea de que el obstetra va a hacer todo el trabajo”. Y por esto concluyen reafirmando la necesidad improrrogable de incluir todas estas cuestiones en la agenda feminista, no solamente para debatirlas sino para empezar a ofrecer una “preparación al parto crítica”⁴⁷; a compartir ideas y sensaciones; a formar grupos de posparto para salir del aislamiento que se impone a las mujeres con hijos/as recién nacidos/as; a presionar a ayuntamientos y centros sanitarios públicos para crear grupos en estas estructuras. Muy lejos de defender la maternidad como destino inevitable y como experiencia de sacrificio, no solamente la resignifican como vivencia potencialmente placentera, sino que, al hacerlo, subrayan las conexiones con otras creencias puntualmente desmontadas por el feminismo, como una visión defectuosa y carente del cuerpo de las mujeres o la supuesta incapacidad femenina para llegar al orgasmo.

Su planteamiento crítico hacia la biomedicina como institución que ha jugado un papel clave en la “opresión específica” de las mujeres, se convierte también en autocrítica en otro texto, de 1981, que introduce la versión en castellano de un trabajo de Barbara Ehrenreich y Deirdre English (1988 [1973]). La reflexión se centra aquí en los límites de los grupos, como al que ellas pertenecen, que se dedican a dar informaciones muy necesarias sobre anticonceptivos y abortos, pero que resultan también incapaces de salir del tecnicismo para incluir otros aspectos importantes, y que reproducen, en último término, la dependencia de las figuras expertas⁴⁸. Consideran estas soluciones el fruto de “necesidades inmediatas y parciales”, pero reformistas en la medida en que no socavan la dependencia. Al contrario, ven en los grupos de autoconocimiento y apoyo mutuo, en los partos “naturales” y en los nacimientos sin violencia, prácticas subversivas y transformadoras, ya que cuestionan verdades biomédicas profundamente enraizadas, demostrando la inutilidad de muchos procedimientos, desenmascarando las ideologías que los impulsan y reapropiándose de procesos vitales no patológicos. No obstante, también hacen una doble llamada de atención, invitando a reflexionar sobre los riesgos reduccionistas que implica la institucionalización de determinadas prácticas; y al mismo tiempo a evitar nuevas apologías y *otras verdades*, igualmente rígidas y no siempre asumibles en la vida cotidiana de muchas mujeres. Sobre estas dos cuestiones, introducidas

⁴⁷ No exclusivamente dirigida al parto en casa, sino también a saber defender derechos y deseos si es que se decide acudir a una estructura hospitalaria.

⁴⁸ “A las mujeres que trabajamos en este campo se nos ha convertido en las «expertas» y se nos exige muchas veces que actuemos como los médicos” (*id.*: 3).

con increíble acierto y cierta clarividencia, se volverá en los capítulos finales.

Aquí lo que interesa subrayar es, por un lado, la complejidad y multiplicidad de la reflexión feminista y, por otro, la no incompatibilidad entre luchas por el control de la fertilidad y reivindicaciones de maneras más autónomas y gozosas de gestar, parir y vivir la maternidad. Muy al contrario, se plantea la indisolubilidad entre decisiones sobre el *si* y el *cuándo* de la concepción, y el *cómo* de su puesta en acto. Proyectos como la clínica Los Naranjos y luego el Centro Adriano de Sevilla, o el colectivo de salud Acuario en la Comunidad Valenciana, comprobarían estas profundas conexiones al practicar tanto abortos (en un momento en que eran ilegales) como partos no violentos, en centros o domicilios particulares (Taboada 2012). Estos proyectos compartían una visión de la salud basada en la autonomía y la autogestión, prácticas feministas como los talleres de autoconocimiento, y unían personas “profanas” y profesionales de la biomedicina, que evidentemente no veían contradicción alguna entre unas y otras cosas.

El triunfo institucional de las políticas de igualdad contribuyó, sin lugar a dudas, a reducir la gran variedad y riqueza feminista como “sitio político de experimentación” (Braidotti 2004), al mismo tiempo que se interpretaban de manera muy limitada y limitante las reivindicaciones de igualdad, y se conseguía dar la impresión de que el feminismo, incorporado a la agenda internacional bajo otro nombre⁴⁹, estaba ya pasado de moda. Para el Estado español, este proceso empieza precisamente en la década de los 80. En palabras de Lourdes Méndez (2007: 175):

Tras esos años álgidos marcados por las luchas en pro de la despenalización del aborto, por la creación de centros de planificación en la red sanitaria, por la puesta en marcha de talleres sobre sexualidad y autoconocimiento del propio cuerpo, por la apertura de casas de acogida de mujeres víctimas de malos tratos, el movimiento feminista del Estado español vivió unos años de inflexión y, a partir de 1982, con la fundación por parte del primer gobierno del Partido Socialista Obrero Español del Instituto de la Mujer y, progresivamente, de sus equivalentes autonómicos (Valiente 1996, Méndez 2006), comienza a institucionalizarse el proyecto político del feminismo liberal.

Las divisiones, internas al movimiento feminista, entre posturas diferencialistas esencializadas y un igualitarismo institucionalizado que, obviamente, no critica el modelo político-económico del que es hijo, en lugar de generar debates y prácticas creativas, empiezan a aparecer como definitivas. Las diferentes fases históricas del feminismo, ciertamente identificables, no implicaron probablemente nunca una separación neta de ámbitos, ya que tomaban su impulso de realidades cotidianas (y por

⁴⁹ Me refiero a toda la serie de Conferencias Internacionales de las Mujeres, a partir de la de 1975 en Ciudad de México (cf. Federici 2014: 120-129). El término feminista ha tenido un destino institucional de evidente rechazo, tal vez por ser considerado “demasiado amenazador” (Braidotti 2004: 71), siendo sustituido por la más políticamente correcta “perspectiva de género”, no sin antes tergiversar los significados feministas de la noción de género, su sentido relacional y su función como categoría para desenmascarar relaciones de poder y opresión (cf. Andrieu y Mozo 2005: 21-28, Méndez 2007: 233-235, y el capítulo 1 del presente texto).

ende multiformes), en una íntima conexión entre pensamiento y vida. Si la efervescencia feminista continúa en parte en el ámbito académico y a través de formas de activismo muy variadas (Méndez 2014), su casi total desaparición del escenario socio-político como movimiento organizado puede haber contribuido a generar una serie de malentendidos, interpretaciones simplistas y posiciones estancadas. Sobre todo, puede haber llevado a evitar el término o hacer un uso “temeroso” de él, como emerge en las entrevistas y conversaciones con mujeres y matronas que protagonizan en la actualidad el poliédrico campo del parto en casa en Andalucía.

Así y todo, las razones e inquietudes que están en el origen y al mismo tiempo son producto de estos movimientos sociales dan vida a una visión particular de la salud y por lo tanto también del nacimiento. Tanto el antimilitarismo como el feminismo, al luchar contra toda forma de opresión y de ejercicio de la dominación, promueven también valores como la participación, la solidaridad, la no violencia y las relaciones horizontales. Más allá de reivindicaciones hacia las instituciones, se compartía una atmósfera general de cambio, en la y a partir de la vida cotidiana, o lo que el obstetra francés Max Ploquin (1988 [1982]: 158), sostenedor del parto en casa y promotor de cambios generalizados en la atención obstétrica, denomina “una contestación del espíritu”. Con estas palabras se refiere a la difusión de nuevos valores, contrarios a todo dogmatismo y autoritarismo, a la generación de cambios en las mentalidades y en las relaciones personales, a modos de organización tendencialmente más igualitarios. Se trataría, pues, de una base ético-filosófica que fundamenta una crítica a las desigualdades y a las jerarquías en distintos campos, y que se traduce en una multiplicidad de luchas, que darán también lugar, con el tiempo, a importantes conquistas legislativas. No se entrará en los debates que se generan, diferenciados por países y situaciones nacionales específicas. Pero es importante recalcar cómo este clima de renovación sociocultural es determinante y absolutamente fundamental para entender el surgimiento de determinados enfoques en la atención médica y obstétrica. Expongamos, pues, de qué manera estas cuestiones se recogen en la atención domiciliaria al parto que se desarrolla entre finales de los años 70 y principios de los 80.

3.2. El proceso de construcción de nuevos modos de asistencia

El extracto que se reproduce a continuación explicita las conexiones entre ciertos cuestionamientos, ejemplificados con una serie de conocidos eslóganes del 68, la politización de la vida cotidiana y la consecuente redefinición también del momento de dar a luz:

Alrededor del año 75, íbamos llevando a la práctica las premisas de la Revolución ideológica iniciada en Berkeley, Liverpool y París: *Haz el amor y no la guerra, La imaginación al poder, Prohibido prohibir, La T.V. es la policía dentro de los hogares*, etc... [...]. Levantamos las barreras entre vida privada y comportamiento social. [...] Y...érase una vez... algunos-as de nosotros estábamos en edad fértil y por tanto reproductiva. Incorporamos nuestro sistema de vida al crucial momento de dar a luz [...]” [cursiva en el texto].

Así es cómo empieza la presentación de la tercera edición (1988: 6) del Monográfico número 4 de la revista *Integral*, publicado por primera vez en 1982 y titulado: “Embarazo y nacimiento gozosos”, un título que es ya de por sí toda una declaración de intenciones. Desmitificar la imagen popular y biomédica del embarazo-parto como vivencia dolorosa y angustiosa es de hecho uno de los hilos conductores de este número, que será reeditado muchas más veces, y que se caracteriza por la ausencia, en la casi totalidad de artículos, de autoría específica⁵⁰. En esta obra coral, la autonomía, la conciencia de los procesos y del cuerpo, el dolor y el placer como no antitéticos, la importancia de cuestionar lo normativo y sistemático, así como el valor primordial del deseo y del gozo constituyen el *leitmotiv* de un texto que une una acertada crítica a la medicalización del parto con propuestas de alternativas, explicaciones biomédicas anatómica y fisiológicamente muy claras, experiencias particulares y testimonios, consejos prácticos y ejemplos vecinos (franceses) de organización de la asistencia.

Al presentar la nueva edición, se hace también hincapié en el germen de proyectos de atención al parto no institucionales, que surgen, en primer lugar, por una evidente carencia del sistema sanitario. Dichos proyectos son producidos por el principio de acción-reacción: ante la falta de respuestas (“las instituciones vigentes no aprobaban ni acogían ni respetaban nuestro sistema de valores”), se emprende “el costoso trabajo de «reaccionar» frente al coloso” (*id.*). La reacción consiste, básicamente, en dos estrategias simultáneas e interconectadas: la búsqueda de informaciones y referentes a través de viajes, lecturas, traducciones; y la experiencia directa y no exenta de dudas en los primeros partos en casa posteriores al boom hospitalario.

La demanda de mujeres que buscan *otra* asistencia⁵¹ para sus partos no está desligada de la respuesta de profesionales, casi siempre también mujeres, que aceptan asistirles, movidas por

⁵⁰ Sí aparecen conjuntamente, en el Índice, los nombres de colectivos e individuos, principalmente médicos/as y comadronas, que han colaborado.

⁵¹ Que la atención domiciliaria de finales de los años 70 y principio de los 80 fuese impulsada en gran parte por mujeres y parejas que buscaban profesionales dispuestos a asistirles en casa es un tema recurrente en los “relatos de inicios” de matronas individuales y grupos (cf. *Integral* 1988 [1982]: 148, *Dialects des de Acuario* núm. 6, 1999: 14, *Ob stare* núm. 3, 2001: 62, Entrevista en Onda Verde a Anabel Carabantes y Teresa Muñoz, del grupo Génesis de Madrid, 3 de abril de 1992, documento transcrito).

María Fuentes, en un artículo de 1991, que es una reelaboración de una ponencia ofrecida tres años antes en el marco de unas jornadas organizadas por el Ministerio de Sanidad, transcribe anuncios de mujeres buscando profesionales, hallados en varios números de la revista *Integral* de los años 70, lo que define como “un grito, un S.O.S. o un último recurso”. Reproduce, además, la narración de una serie de peripecias para encontrarlos, retomándola de la revista *Ajoblanco* de 1979.

vivencias personales en sus partos, por motivaciones ético-políticas y/o por una sensación de inadecuación, de rechazo visceral de la asistencia hospitalaria en la que han sido educadas. De hecho, los primeros proyectos unen a mujeres sin formación biomédica y a profesionales (matronas, médicas, ginecólogas) en un objetivo común: ofrecer durante el embarazo una preparación distinta de la brindada por las instituciones sanitarias, que proporcione herramientas para la autonomía más que para acatar las indicaciones expertas, y que refuerce la confianza en la “autoridad materna”. Así pues, una mujer como Isabel Villena, que se formó de manera autodidacta y empírica, pudo ser considerada una referente y maestra no solamente por mujeres que, al conocer su experiencia de parto en casa, buscaron su asesoramiento y apoyo, sino también por matronas y médicas⁵². En un momento en que el parto domiciliario todavía no representaba un nuevo nicho de mercado, sino una elección a contracorriente, difícil pero sostenida por argumentaciones y sentires compartidos entre mujeres y profesionales, la falta de un título académico no parecía preocupar demasiado, o por lo menos no generó ataques y feroces polémicas como en el pasado, cuando las parteras sin títulos eran todavía numerosas, y como también ahora que el trabajo de atención al epp está pasando de ser exclusivamente gestionado por instituciones públicas a representar una nueva y golosa parcela empresarial.

Isabel Villena fue una de las promotoras del *Grup de parts* de Barcelona, núcleo originario de *Titania dones per la salut*, un proyecto colectivo pionero y referente en la preparación y asistencia al parto en casa. En un texto de mitad de los años 80⁵³, se presenta su trabajo, que gira alrededor de la Salud y de la Vida (en mayúsculas en el texto), como posibles sinónimos, con la intención de crear espacios en los que las personas puedan ser protagonistas de sus procesos vitales, asumiendo riesgos así como posibilidades de disfrute, no sintiéndose ajenas a sus propios cuerpos sino conociendo lo que están viviendo. Son estas razones las que movilizan “la energía de varias mujeres (*profesionalizadas o no*) desde hace años, con el objetivo de hacer de su experiencia, planteamientos y conocimientos, un ámbito vivo y abierto en el que el proceso vital del embarazo, parto, nacimiento, postparto y lactancia sean vividos como tales. Y no como meros actos “clínicos”,

⁵² Al menos dos de las ponentes del *Congreso para el 25 aniversario de Nacer en Casa* (2013), María Jesús Montes y María Fuentes, se refieren a ella como a una “maestra”. Además de ser una de las fundadoras del *Grup de parts* de Barcelona, Isabel Villena fue autora de ponencias y coautora de textos colectivos y de varios artículos en la revista *Ob stare*, que se caracterizan por una visión compleja y crítica del parto en casa, y por reconocer en la relación igualitaria y en el apoyo mutuo sus rasgos más importantes. Su identificación con una visión de la salud “autónoma”, “solidaria” y “alegre”, y la propuesta de revalorizar el “autodidactismo” y la autogestión no son en absoluto aislables de su militancia en el movimiento de las mujeres y de sus propias elecciones vitales.

⁵³ Es un texto mecanografiado, probablemente en 1986, por Isabel Villena, María Fuentes, Anabel Mayos, Nuria Nadal y Manuela Cuevas (Gaia. Dones per la salut). Su título, *Parir en casa. Nacer en casa*, visibiliza la inevitable doble perspectiva, de quien pare y de quien nace. Agradezco enormemente a Maite Gómez la cesión de éste así como de otros materiales de archivo fundamentales para explorar esta fase del parto en casa .

supuestamente seguros, pero castrados de todo su contenido emocional y de su aprendizaje vital” (p. 2, cursiva mía). Lo fundamental es crear la posibilidad de autonomía y, en la convicción de que la seguridad no puede darse desde fuera, se considera que para evitar o superar trastornos y complicaciones a lo largo del embarazo, parto y posparto hay que tener en cuenta en gran medida factores no médicos como la información, el conocimiento del cuerpo y de sus mecanismos, la confianza en una misma, la alegría, las relaciones que se establecen con quien asistirá o acompañará el parto. Algunas de estas dimensiones se estiman incompatibles con el ámbito hospitalario. Es por ello que varias mujeres, indiscutiblemente sólo un sector minoritario de la población, no se sienten satisfechas con el tipo de asistencia sanitaria que se les ofrece, “simplemente no les sirve” (*id.*: 4). Ellas habrían generado la demanda y por ende la respuesta de un equipo que empieza a formarse básicamente a través de referentes extranjeros⁵⁴. Y, sin embargo, describir su manera de trabajar y los resultados conseguidos en términos de bienestar madre-criatura tiene también la finalidad de invitar a introducir otras opciones en la sanidad pública, que respondan institucionalmente a estas otras necesidades.

Un detenido análisis de 44 partos asistidos por el grupo a lo largo de un año y cuatro meses, que resulta de por sí un desmontaje de los protocolos hospitalarios vigentes⁵⁵, con dilataciones en las que el tiempo no es un baremo importante, sino que se valora un conjunto de otros factores (*id.*: 7), el meconio que no constituye de por sí un indicador de sufrimiento fetal, la bolsa que se mantiene rota hasta al menos 60 horas⁵⁶ (con una vigilancia estricta de la temperatura y sin manipulación alguna), dos presentaciones de nalgas que no implicaron ningún problema digno de resaltar, ninguna episiotomía y solamente dos desgarros (uno suturado, otro resuelto con reposo), un alumbramiento de placenta que en un caso necesitó de tres horas. Se presentan, además, aspectos en los que se consideran pioneras (*id.*: 4-5). Entre ellos destaca la conciencia de estar creando “una experiencia que puede cuestionar verdades consideradas inamovibles”; una filosofía de trabajo afirmativa y transformativa, “en medio de tanta muerte, tanta inercia, de tanta rigidez y desesperanza”; y un modo de hacer que supera divisiones comunes, uniendo profesión y vida,

⁵⁴ En el texto se citan: el holandés Klosterman, los franceses Ploquin y Odent, y el uruguayo Caldeyro Barcia, todos ellos médicos.

⁵⁵ Ellas mismas afirman que es su intención “ilustrar las diferencias de baremos de valoración entre nuestra escuela y el sistema obstétrico predominante en nuestro país en la actualidad”. A pesar del cambio histórico continuo de los protocolos hospitalarios, y de la tendencia actual a un progresivo respeto de los tiempos fisiológicos, algunos de estos criterios, de acuerdo con las opiniones de las matronas entrevistadas, representan todavía una evidente ruptura con los más comunes en ámbito hospitalario. Por ejemplo, no se suele esperar con bolsa rota más de 24 horas, el alumbramiento de la placenta más de una hora (o mucho menos), la presencia de meconio sigue interpretándose a menudo como señal inequívoca de una necesaria intervención, la presentación de nalgas es una común indicación de cesárea (además de constituir un tema controvertido en la atención domiciliaria, y ser oficialmente rechazada su asistencia en casa).

⁵⁶ “Al menos” se refiere al único caso de tiempo que superó las 48 horas. El criterio que asumen como propio, retomándolo de “otras escuelas europeas”, es el de 72 horas.

técnica e instrumentos propios (corporales), seguridad, responsabilidad y gozo, lucha, dolor y alegría.

En esta época se ponen en marcha proyectos de asistencia al parto en casa en varios puntos del Estado. Después de una primera fase que responde a demandas puntuales de mujeres que buscan apoyo profesional para sus partos, van surgiendo iniciativas privadas que adquieren cada vez más estabilidad. En diversas zonas, matronas, a veces ginecólogas y también algún médico empiezan a asistir sistemáticamente partos en casa, de manera individual o en grupo. Así, en las últimas dos décadas del siglo pasado varias personas se dedican a la asistencia domiciliaria, de manera exclusiva o, más a menudo, complementaria al trabajo en la sanidad pública, por lo menos en las siguientes áreas: Cataluña, País Vasco, Madrid, Castilla-La Mancha, Aragón, Andalucía, Asturias, Galicia, islas Baleares y Canarias⁵⁷. Entre los proyectos de más larga duración recordamos al grupo Génesis, que reúne a matronas que ofrecen asistencia domiciliaria en Madrid y alrededores, y el colectivo de salud (posteriormente clínica) Acuario, en la Comunidad Valenciana, en el que trabajan ginecólogos y matronas con el propósito de proporcionar una atención al parto “no violenta”. A ellos se añade el heredero del *Grup de parts: Titania*. Sus inicios⁵⁸ constituyen un óptimo ejemplo de la visión integral que se defendía y de las conexiones con distintos movimientos y con enfoques de la salud específicos. Si la fundaron mujeres provenientes del feminismo, del movimiento de objeción de conciencia y de la no-violencia, también, por otra parte, empezó en un local prestado por la Sociedad Naturista de Barcelona y se transformó en proyecto cooperativo múltiple, que incorporaba tres distintas ramas: la salud de las mujeres, centrándose sobre todo en la materno-infantil, un horno de productos ecológicos y una masía para la acogida de grupos terapéuticos⁵⁹.

En este cuadro de crítica radical, cabe preguntarse cuál es entonces el papel de la comadrona o del profesional elegido para acompañar el parto. En efecto, se asiste a un total cuestionamiento de la jerarquía biomédica, no solamente entre ginecólogos/as y matronas, sino también entre “expertos” y “profanos”. En una visión en la que el saber de la experiencia y la memoria corporal (o instinto, o

⁵⁷ Según las actas de las reuniones de la Asociación Nacer en Casa, que recogen la procedencia de sus asistentes. También María Fuentes, en el mencionado *Congreso* (2013), identifica estas zonas como ramificaciones y frutos de un movimiento cuyas raíces coloca en Cataluña y Aragón, y cuya semillas de relevo estarían en la actualidad ampliamente esparcidas por el territorio estatal. Aquí se ha optado por no reconocer un único territorio de origen, suponiendo un desarrollo más dinámico y probablemente simultáneo, aunque no siempre caracterizado por producción documental. Las zonas nombradas testimonian, más bien, la existencia de diversos núcleos entre los que se va tejiendo una red por medio de encuentros y cartas, antes de las facilidades de contacto e información proporcionadas por las nuevas tecnologías de información.

⁵⁸ Las informaciones sobre los inicios de Titania derivan en gran parte de una entrevista en profundidad a una de sus fundadoras.

⁵⁹ Estos tres proyectos, que formaban parte de la cooperativa Tascó (acrónimo de “Trabajadores Asociados en Cooperativa” y también “cuña” en catalán), más tarde se independizarán, pero nacieron con la idea de posibles trasvases tanto de personas como de dinero de un núcleo a otro, según deseos y necesidades.

saber intuitivo, según diferentes denominaciones y matices) se valoran tanto como los conocimientos anatómico-fisiológicos, la figura profesional no puede mantenerse de ninguna manera en un escalón más alto. Su papel fundamental consiste en explicar los cambios fisiológicos del embarazo, los mecanismos que se desencadenan durante el parto, las señales de posible patología, las dificultades más comunes del posparto, pero también desmontar imágenes tanto aterradoras como idealizadas del parto, dar consejos concretos para el periodo de epp, y trabajar con herramientas prácticas (con ejercicios, relajaciones, juegos), creando espacios para el debate y el conocimiento mutuo (cf. *Integral* 1988 [1982]: 54-62).

Las metodologías pueden variar mucho, pero lo que tienen en común es proporcionar informaciones y recursos a la embarazada para dos fines básicos que se complementan y retroalimentan: poder establecer un control eficaz, autónomo y responsable del bienestar propio y del bebé, y reforzar la confianza en sí misma y en las propias capacidades. En esta óptica, “preparar al parto” o “preparar a la mater-paternidad”, un concepto que incide en el largo plazo y explicita desde su denominación el rol paterno en el proceso, no es tan sencillo como enseñar a la futura madre a que “se porte bien” en el hospital (*id.*: 62). Depende, además, fundamentalmente de ella (o de cada pareja) decidir el nivel de profundidad al que quiere (o quieren) llegar, a qué está dispuesta (o están dispuestos), qué compromiso de tiempo puede (o pueden) asumir⁶⁰. De hecho, una de las condiciones básicas para asistir un parto en casa, más allá de criterios físico-biológicos, materiales o distancia de un hospital, es la decisión firme de la madre⁶¹, acompañada por una reflexión sobre sus deseos y expectativas (*id.*: 139).

En resumen, en palabras del monográfico de *Integral*, en una preparación al parto del tipo de la que se ha mencionado, “excepto algunos aspectos específicos del embarazo, parto y maternidad, los demás son aspectos que es necesario trabajar, aprender y descubrir continuamente a lo largo de la vida” (*id.*: 62). El antiautoritarismo, el fomento de la autogestión, las transformaciones a partir de las relaciones y de las prácticas cotidianas constituyen las bases ideológicas y políticas del parto en casa. Las características programáticas de la asistencia dependen en gran medida de estos presupuestos.

Los encuentros que preceden el parto, considerados fundamentales en gran parte del material consultado, permiten, por ejemplo, establecer una relación de confianza con la matrona que asistirá

⁶⁰ En varios artículos de la revista *Integral* citada se consideran cinco meses como un tiempo de preparación adecuado, con una reunión grupal semanal más algunas sesiones individuales. Actualmente las preparaciones más largas suelen tener una duración muy inferior (cf. cap. 5).

⁶¹ Esta sigue siendo la *conditio sine qua non* para el parto en casa, anterior a otro tipo de criterio, aunque a menudo difícil de establecer, ya que entran en juego también factores no conscientes (cf. cap. 4).

al nacimiento. Es una de las diferencias fundamentales con la asistencia hospitalaria: conocer a la persona que estará en el parto e ir construyendo una relación de respeto y confianza mutuas. La comadrona se convierte, así, en “cómplice” (Villena 2001). Su papel en el parto es *estar ahí*, vigilar discretamente, apoyar, reafirmar, a partir justamente de esta complicidad que se ha ido fraguando a lo largo de los meses anteriores⁶², a través de reuniones grupales, consultas individuales y también, a menudo, momentos más amigables⁶³. Siguiendo a María Fuentes (1988)⁶⁴, se invierte el sentido de la relación médico-paciente (o matrona-madre): no es la mujer quien colabora con los profesionales, adaptándose a sus requerimientos, sino el profesional quien “debe colaborar para reforzar y ayudarla a descubrir por sus propios medios”. Y, no obstante, los riesgos de ejercer formas de poder más sutiles, a través de la “seducción”, del “encanto”, de palabras que se imponen como verdades de “gurús”, en definitiva de las diversas manifestaciones del prestigio y del carisma, a menudo ligadas a especialistas terapéuticos, no escapan al ojo crítico de comadronas, mujeres y médicos que apuestan por “otro nacimiento y otra medicina” (1988 [1982]: 15-16)⁶⁵.

Todo esto lleva a preguntarse una vez más por la matrona en al menos dos sentidos: ¿hasta qué punto está dispuesta a cuestionarse y sentirse cuestionada? ¿Hasta qué punto puede/quiere compartir sus conocimientos y hacerlos accesibles para un público sin formación biomédica? El reconocimiento del saber materno, y el establecimiento de relaciones horizontales con la pareja implican, necesariamente, la posibilidad del desacuerdo. Quienes se dedican a la asistencia domiciliaria demuestran ser perfectamente conscientes de esto. Lo plantean, en muchos casos, como un problema abierto, sin solución o sin solución unívoca, como cuestiones “difíciles”, “espinosas”, “pendientes de reflexión” (Fuentes 1988), como motivo para la revisión continua y la autocrítica aunque “en ocasiones pueda resultar desagradable”⁶⁶, como posibilidad para conocer y saber comunicar los límites propios, reconocer dudas y miedos, admitir la posibilidad del error. Pero, en sus últimas consecuencias, aceptar que la madre o la pareja puedan asumir la responsabilidad de sus decisiones implica aceptar que ellas también puedan equivocarse. Lo afirma sin tapujos el grupo Titania⁶⁷(1989), que reconoce, entre sus mayores dificultades, aceptar la capacidad de decisión de

⁶² Obviamente puede también no llegar a darse una relación de este tipo (cf. cap. 6).

⁶³ En varios de los documentos revisados se comenta la práctica de compartir una cena antes de la fecha probable de parto, para conocer la casa, ultimar detalles y mostrar el instrumental que podría eventualmente ser utilizado.

⁶⁴ Transcripción de la ponencia presentada en las *Jornadas de Hospitalización domiciliaria*, que reúnen a profesionales sanitarios que trabajan en la prestación de cuidados domiciliarios. Título de la ponencia: “Desarrollo de la atención domiciliaria en obstetricia”, Madrid, 15 de noviembre de 1988.

⁶⁵ Me refiero a un artículo traducido del francés en el citado número de *Integral* (“Toma de poder”, pp. 14-16), fruto del trabajo conjunto de varias personas y colectivos, entre las que figura el historiador Jacques Gelis, autor de un trabajo pionero sobre la profesionalización de la asistencia en Francia.

⁶⁶ Son palabras de un texto (*Matrona. Mi profesión*) sin autor, probablemente de finales de los años 80 o principios de los 90, por estar en una recopilación de textos de este período. Su autora reflexiona, en un estilo diarístico, sobre el proceso que la ha llevado a asistir en casa, su experiencia, sus dudas, sus dificultades y los cuestionamientos continuos que ha implicado, que interpreta como una forma de enriquecimiento personal.

⁶⁷ *Parto, nacimiento y poder. Una alternativa liberadora. Apuntes para una reflexión*. Texto de la comunicación

quien es asistida y “aceptar que la usuaria puede equivocarse en la decisión y además asumir la responsabilidad de su error”. Esta segunda cuestión, “más sutil y conflictiva” para ellas, se considera sin embargo un tema que plantea necesarias reflexiones, que abre a “terrenos hasta ahora inexplorados” y que tal vez pueda permitir cuestionar definitivamente y en profundidad las relaciones de poder en el acto clínico.

No sorprende, por tanto, que en los encuentros previos al parto se enseñe y se invite a la autoexploración, se explique al padre (u a otra persona que acompañe) como controlar el latido fetal y que puedan incluso darse informaciones muy claras sobre cómo hacer frente a un parto que se desencadene muy rápido, sin auxilio de profesionales especializados. En el citado monográfico de *Integral* (1988 [1982]: 140-141) se explican algunas precauciones y maniobras sencillas para estos casos, y se sugiere llamar a la comadrona cuando buenamente se pueda, sin alarmismos y sabiendo que los partos de desarrollo rápido no suelen conllevar problemas particulares. La llegada tardía de la comadrona y su valoración de la situación (del estado de la placenta, de la madre y del bebé) permitirían, básicamente, poder relajarse una vez comprobado que todo esté bien. Por tanto, la autoridad del conocimiento experto, si bien es reconocida, no implica autoritarismo ni da lugar a una relación desigual.

Extendiéndolo a la salud en general, Ploquin (*id.*: 160) propone una “desmitificación de la medicina” y una popularización de sus conocimientos, para que cada cual se convierta, en alguna medida, en médico de sí mismo. El elemento de autogestión en los procesos de salud y enfermedad se reafirma una y otra vez como central, como núcleo alrededor del cual se mueve una necesidad y una demanda de mujeres embarazadas y todo el inmenso trabajo de profesionales que desean y van construyendo formas de atención para responder a esta demanda y también, al mismo tiempo, a sus propias inquietudes personales y laborales. Necesidades e inquietudes que, como se ha subrayado, no son exclusivas de un momento vital, sino que constituyen parte integrante de posicionamientos políticos y de luchas más amplias.

La construcción de principios y modos de actuar específicos en la asistencia al parto en los domicilios se configura, por tanto, como un alejamiento explícito del tipo de asistencia hospitalaria más difundido en las últimas tres décadas del siglo XX. El distanciamiento, y también las dificultades y las acusaciones que esto suponía, hicieron necesario elaborar colectivamente un corpus teórico-práctico que facilitase la actuación en lugares diversos y a menudo aislados, y permitiese también una defensa compacta y coherente frente a las incriminaciones médicas y

presentada por Titania dones per la salut (Nuria Nadal, Anabel Mayos, María Fuentes) en las 1ª Jornadas mediterráneas de embarazo y parto: nacimiento sin violencia, Colectivo de Salud Acuario, Valencia, 1989.

mediáticas. Las maneras de elaborar narrativas compartidas y criterios de actuación comunes constituyen un proceso difícil, que va marcando la historia reciente de la asistencia al parto en casa en el Estado español, y delineando los cimientos de sus formas en el presente.

En los siguientes epígrafes se pretende mostrar cómo se desarrolló ese proceso de construcción que, aunque no se da por terminado, sí asumió particular dinamismo y fue de gran importancia a finales del siglo pasado, cuando, en palabras de María Jesús Montes⁶⁸, “había que inventarse todo”. En este período las matronas domiciliarias participan en un movimiento organizado en el que la reflexión, la autocrítica y el apoyo anímico y emocional entre profesionales que a menudo se enfrentan a situaciones de conflicto o estigma, se acompañan de un trabajo incesante de exploración e investigación. Las visitas a proyectos en otros sistemas sanitarios europeos, como la experiencia de Pithiviers, dirigida por Michel Odent; la participación en encuentros internacionales que reunían a profesionales comprometidos con formas de atender el nacimiento “no violentas”, como los de Châteauroux (Integral 1988 [1982]); los contactos con grupos o personas en, al menos, los siguientes países: Francia, Holanda, Canadá, Estados Unidos, México, Uruguay y Japón⁶⁹; las alianzas y colaboraciones con proyectos de salud en el territorio estatal, como la Liga por la libertad de vacunación, Sumendi, o un Centro de terapia Reichiana, muestran la participación en diferentes redes, así como el interés por una visión de la salud integral⁷⁰. La implicación elevada de quien asiste en casa en esta época y la actitud enormemente receptiva son características esenciales de esta fase del parto en casa, como se desprende de una multiplicidad de documentos.

En particular, se hará referencia a dos bloques de textos. El primero está constituido por las transcripciones de intervenciones y entrevistas en radio y televisión, y también en jornadas y congresos, que incluyen en más de un caso notas y comentarios, lo que permite evidenciar la evolución colectiva de un *discurso*. El segundo está conformado por una serie de documentos de la Asociación Nacer en Casa, tales como cartas, convocatorias y actas de asambleas, recopilaciones de datos o boletines informativos, que ofrecen la posibilidad de imaginar la ilusión y el esfuerzo realizado por asentar unas líneas comunes de *práctica clínica*.

⁶⁸ Congreso para el 25 aniversario de Nacer en Casa, Madrid, 25-26 de mayo de 2013

⁶⁹ Conocer las realidades de otros contextos tiene por objetivo tanto recopilar informaciones concretas de práctica clínica como indagar en otras posibilidades de estructuración de la formación para matronas y de la asistencia al parto institucional.

⁷⁰ Ramas de la psicología, como la psicología humanista, y en particular el trabajo desarrollado por Wilhelm Reich y Eva Reich, y corrientes médicas de raíces antiguas, como el naturismo, el higienismo o la homeopatía, de las que queda traza en documentos de ésta época, inciden en la importancia del modo de nacer y en una visión de la salud más positiva, en el sentido de una puesta en valor del placer y del disfrute como bases para la salud.

3.2.1. Narrativas compartidas

Muy a pesar de los intentos por generar cambios generalizados en la asistencia y por defender la profesión de matronas como la más adecuada para asistir a una mujer en trance de parto, las referencias al parto domiciliario brillan por su ausencia en las revistas del gremio. La mayoría de los artículos sobre el tema encuentran salida en revistas de Enfermería o en publicaciones que se caracterizan por una visión de la salud más holística, como *Natura Medicatrix*, *Integral* y, más tarde, *Diàlegs des de Acuario* y *Ob Stare*. Solamente en un número de *Matronas Hoy*, por ejemplo, se presenta, de manera anecdótica y en formato de entrevista, a un grupo que asiste en casa en Madrid⁷¹. Esta publicación de la Asociación Española de Matronas, cuya importancia ya ha sido señalada (cf. cap. 1), tuvo entre sus principales objetivos el refuerzo corporativo después del cierre de los Colegios profesionales⁷². El escaso interés gremial por la “vuelta a casa” de la asistencia⁷³ estaría también confirmado por la opinión de una matrona con una larga trayectoria a sus espaldas: Consuelo Ruiz, quien invita a sus compañeras de Nacer en Casa a desistir de todo intento de enviar artículos a esta revista interesada por las innovaciones tecnológicas más que por la labor de acompañamiento⁷⁴.

A pesar de las ausencias señaladas, y tal vez en parte precisamente para remediarlas, se llegó a la configuración de una narrativa compartida sobre el parto en casa, defendida en distintos foros.

La transcripción de entrevistas realizadas en radio y televisión, con la intención de dar mayor visibilidad a esta práctica de asistencia e ir desmontando la difundida creencia de su peligrosidad, proporciona un recurso sin precedentes para analizar la construcción creativa y colectiva de modalidades específicas de atención. Estas transcripciones, efectuadas por las mismas entrevistadas, no tenían evidentemente ninguna función divulgativa, sino de intercambio y debate interno con otras matronas. La mayoría de las entrevistas se dirigen al grupo Génesis de Madrid, y

⁷¹ En *Matronas Hoy. Nueva Etapa*, 3, 1993: 29-30. Se trata de una breve entrevista al grupo Génesis de Madrid. No se han encontrado artículos escritos directamente por matronas que asistían en casa.

⁷² En su página web se lee: “La Asociación Española de Matronas sintió la necesidad de implicarse en una tarea de esta envergadura para rellenar este hueco formativo, de comunicación, y de refuerzo del corporativismo, este último tan vapuleado tras la pérdida de los colegios profesionales de matronas; la Asociación ya había entendido la imperiosa necesidad de asociarse en defensa de la profesión y los intereses de las matronas como colectivo con identidad, aspiraciones, reivindicaciones y formación propias y en su andadura como sociedad científica [...]” http://www.aesmatronas.com/revista_hoy.html

⁷³ Igualmente, una revisión de los números de la revista *Matronas profesión*, editada por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) a partir del año 2000, muestra una limitación de los estudios sobre atención domiciliaria a tres áreas: las visitas puerperales, la asistencia al prematuro (una vez dada el alta en el hospital), y las situaciones de emergencia (partos que se desarrollan de manera accidental en casa o en otro contexto externo a un paritorio). En ningún caso se menciona la posibilidad de un parto en casa como opción elegida y asistida por matronas. <http://www.federacion-matronas.org/revista>.

⁷⁴ “Se propuso enviar artículos a la revista que publica la Asociación de Matronas y Consuelo nos dijo que había dejado de hacerlo porque no se los publicaban, debido a que preferían temas “científicos” en los que se prescindía de la mujer como persona y se cantan las alabanzas de métodos modernos que establecen barreras infranqueables entre ella y la matrona, relegada al papel de vigilante de monitores”, *Acta de la reunión celebrada en Madrid los días 8, 9 y 10 de octubre de 1994*, Asociación Nacer en Casa.

corresponden a un lapso de tiempo relativamente corto (del año 1988 a 1992). El objetivo de las transcripciones, como se deduce de una nota en una de ellas, en la que se piden “revisión y comentarios”, parece haber sido el de recopilar críticas y aportaciones de otras socias de Nacer en Casa, permitiéndonos suponer la existencia de consiguientes discusiones. La incorporación de estas críticas, por otra parte, se puede apreciar fácilmente en los textos más tardíos, en los que se presta profunda atención a las palabras que se utilizan.

En los documentos más antiguos revisados se critica duramente, con subrayados en el texto y comentarios laterales añadidos con bolígrafo, el haber empleado en las entrevistas un lenguaje paternalista y autoritario; el mostrar una imagen del parto en casa como parto más doloroso; el transmitir la idea de que ninguna parturienta quiere intervenciones, lo que significaría afirmar que en los hospitales se las forzaría siempre, siendo por lo tanto las mujeres simples víctimas sin capacidad de agencia; el presentar a las matronas de parto en casa como “salvadoras”; el utilizar expresiones como “sacar el niño” o “hacer partos”; el dar una impresión negativa de escasez e insuficiencia en la descripción de la metodología de trabajo, con frases como las siguientes: “sólo damos una clase semanal”, “*simplemente* le sirve de apoyo y concretamente el marido puede escuchar al niño si quiere” (esto último referido al papel del padre); el usar la primera persona singular (yo) en lugar del plural (nosotros/nosotras) en calidad de portavoces de un colectivo; el limitar las funciones paternas a una “colaboración”; o simplemente la poca claridad en las respuestas facilitadas. A veces son comentarios duros y muy exigentes, si se considera que no se trataba de ponencias estructuradas sino de respuestas a preguntas en un programa. Otras son observaciones más bien de estilo, del tipo “muy repetido”, “confuso”, “nada claro”, “no se entiende”, “habría que añadir más”. Todas estas anotaciones demuestran una profunda autorreflexión como grupo, y también la disposición personal a recibir críticas de todo tipo. De hecho, documentos posteriores muestran la asimilación de estas aportaciones.

Así, en las transcripciones ulteriores se va configurando un discurso más complejo, en el que, entre otras cosas, las figuras profesionales pierden protagonismo, al mismo tiempo que se va definiendo una metodología específica para la preparación durante el embarazo, estructurada en encuentros semanales que se dan a partir de algunos meses antes del nacimiento, y que incluyen una parte de trabajo corporal y otra más teórica, en grupo; el padre asume mayor importancia, no se niega su implicación emocional y participa activamente en todo el proceso, cubriendo funciones diversas, ofreciendo apoyo a la pareja y aprendiendo a manejar algunos instrumentos sencillos para el control del bienestar fetal; se habla de “recoger” al bebé y de “acompañar” o “atender” partos. En definitiva, se devuelve protagonismo a las mujeres, se reconoce el papel de padres y bebés, en un

acontecimiento que es vital y familiar antes que médico, y se va delineando la importancia de un aprendizaje progresivo y experiencial, a partir del presupuesto de una deconstrucción necesaria de lo aprendido en la formación institucional.

A este respecto, en una entrevista de 1992⁷⁵ se incide en la deformación provocada por la formación recibida, valga la redundancia. Los ejemplos son especialmente claros: uno hace referencia a una compañera matrona más joven, que no podía creer que las mujeres fuesen realmente capaces de parir “sin goteo”, esto es, sin oxitocina, una hormona sintética que acelera las contracciones; otro se refiere a una de las entrevistadas, que terminó sus estudios en 1983, segura de que no era posible dar a luz sin episiotomía, o sea sin corte vaginal⁷⁶. Así, se admite que al principio “sólo conocíamos un modo de asistir partos y realmente quienes nos fueron enseñando a asistirlos de otra manera fueron los mismos protagonistas [...]”. De manera similar, en otra entrevista del año anterior⁷⁷ se reflexiona sobre la costumbre de “estar envueltas con tecnologías y muy refugiadas en los aparatos”, y por lo tanto sobre la incapacidad de utilizar herramientas más sencillas o la torpeza al servirse de las manos para tocar (“estamos un poco “patos” en este sentido”). Por otra parte se insiste en la necesidad, más que de formarse para poder asistir en casa, de deconstruir prejuicios y miedos incorporados a través de la educación recibida, tanto a nivel familiar y escolar, con la transmisión de una imagen a menudo francamente horrible del parto, como en la formación de matrona.

Pere Enguix⁷⁸, ginecólogo de la clínica Acuario, incide también en el desconocimiento generalizado del proceso de dar a luz, incrementado por la escasez de ejemplos cercanos de experiencia de maternidad, para una generación de mujeres que deciden tener hijos/as en número más reducido y en tiempos más espaciados que en el pasado⁷⁹. Si bien Enguix habla de sí mismo y de su equipo como de “elementos técnicos que ayudamos pero estamos en un tercer término”, incluso en caso de cesárea, no deja de ser extremadamente significativo que el entrevistador se dirija a él con el calificativo de usted, usando su nombre y su apellido, o bien con el título de doctor (“doctor” o

⁷⁵ Entrevista en Onda Verde 108 FM a Anabel García Carabantes y Teresa Muñoz Redondo, ambas del grupo Génesis de Madrid, 3 de abril de 1992. Se entrevista también a una madre que ha parido en casa y a una pareja que se está preparando para el parto domiciliario.

⁷⁶ Su uso rutinario, injustificado ya según las recomendaciones de la OMS de 1985, ha sido denunciado por asociaciones de usuarias como una absurda mutilación genital (<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2010/05/20/la-mutilacion-genital-femenina-en-espana-se-llama-episiotomia>).

⁷⁷ Entrevista en la Cadena Ser por Iñaki Gabilondo a Anabel de Génesis y Pere Enguix, de la clínica Acuario, 10 de septiembre de 1991.

⁷⁸ Ver nota anterior.

⁷⁹ Las políticas pronatalistas del período franquista habían claramente limitado las posibilidades de elegir el número y la frecuencia de los embarazos, a través de la prohibición y persecución de las prácticas de control de la natalidad. Cabe señalar, sin embargo, que el ideal de la familia numerosa no se tradujo en una realidad generalizada, al menos en los primeros años del régimen, dándose solamente con el “desarrollismo” de los años 60 un pico de crecimiento poblacional, el denominado “baby boom” (Roca i Girona 2003). A partir de mitad de los años 70 se asiste, en cambio, a un auténtico hundimiento de la tasa de fertilidad.

“doctor Enguix”), mientras que a la matrona presente se le reserva un tono más coloquial, refiriéndose a ella con su nombre de pila y tuteándola. Los repetidos intentos de cuestionar el respeto obsequioso por la figura médica y defender a la matrona como profesional más adecuada, a menudo incluso ocultando la presencia de otros profesionales, por parte de Nacer en Casa así como de grupos que se dedican a la asistencia domiciliaria, se enfrentan aquí con resistencias profundamente arraigadas, que constituyen al mismo tiempo uno de los principales motivos de esta estrategia de encubrimiento.

A pesar de complejidad de un discurso que no niega la utilidad de los adelantos tecnológicos, sino que limita su uso a casos concretos que lo necesitan; que no quiere convencer a nadie, porque se asume que la elección del lugar del parto no compete al profesional sanitario; que pone énfasis en la importancia de otras dimensiones, psico-físicas y anímicas, considerando el parto una vivencia potencialmente intensa y profunda; que ve en la rapidez de los hospitales, sean éstos más o menos intervencionistas, un reflejo de la sociedad y, por tanto, un problema estructural, la incompreensión general que puede generar y que sigue generando el parto en casa queda bien ejemplificada en las palabras finales de una periodista, que termina su programa augurando a las oyentes que tengan “una hora pequeñina” en sus partos⁸⁰. Esta guinda final demuestra la dificultad de penetrar en la complejidad del acontecimiento de dar a luz, representando una perfecta condensación del ideal del parto corto, tan difundido como discutible (*cf.* Montes 2007); pero también, de alguna forma, ayuda a comprender la decisión de la Asociación Nacer en Casa de no dedicar mucha energía a los medios de comunicación⁸¹.

Las transcripciones que realizan las propias socias en esta fase no se limitan a los programas de radio y televisión, sino que se extienden a charlas y ponencias en distintos foros, desde jornadas a congresos, incluyendo también la parte de debate final, de preguntas y respuestas. Es precisamente esta parte la que permite reconocer los puntos más problemáticos y ofrecer respuestas cada vez más elaboradas. Cabe señalar que las preguntas, entre profesionales biomédicos, salvo algunas puntuales de carácter técnico, giran casi siempre alrededor del binomio riesgo/seguridad, con repetidas referencias a Holanda como único país donde sería posible un parto en casa seguro. La reiteración de preguntas que, de manera asombrosa, parecen no variar mucho 30 años después, así como el mantra de la supuesta presencia de una ambulancia en la puerta de las casas holandesas, creencia que será más tarde remplazada o acompañada por otra sobre una red de carreteras mejor

⁸⁰ Entrevista al grupo Génesis en Radio Nacional de España, Radio 3 93.2 FM, 1 de agosto de 1989.

⁸¹ En el acta de la reunión del 1, 2 y 3 de noviembre de 1991 se decide dar prioridad a grupos que buscan informaciones específicas, dejando en un segundo plano a periodistas y medios de comunicación de masas.

desarrollada (cf. cap. 4), llevan a formular respuestas cada vez más detalladas y bien argumentadas. Si el conocimiento directo del sistema sanitario holandés, obtenido por medio de viajes a Holanda de algunas de las socias, permite liquidar el asunto en pocas palabras⁸², el tema de la peligrosidad de un parto en casa suele ser más controvertido, tal vez porque en el fondo subvierte los fundamentos mismos de la asistencia medicalizada. Las dos principales argumentaciones que se van delineando, para defender y contraatacar, hacen de corolario a una visión de la seguridad muy diferente de la hospitalaria, y por lo tanto difícil de entender para muchos/as profesionales de la biomedicina. Sobre estas diferencias volveremos posteriormente y con mayor detenimiento (cf. cap. 4). Con respecto a las argumentaciones de defensa y contraataque, la primera tiene que ver con los padres, con la plena asunción de responsabilidad y con el conocimiento del proceso del parto y de los eventuales problemas que pueden presentarse; la segunda con la producción de riesgos característica de un entorno hospitalario, siendo consecuencia directa de sus prácticas rutinarias. Buen ejemplo de ello pueden ser dos intervenciones en las mismas *Jornadas de Hospitalización domiciliaria*, organizadas en Madrid por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1988. A una pregunta sobre posibles riesgos de sufrimiento fetal, María Fuentes responde haciendo hincapié en el proceso previo y en la total implicación de la pareja:

[...] cuando nosotros decimos que la familia, que los padres sobre todo asumen esa responsabilidad no estamos hablando de algo abstracto, estamos hablando de que *ellos saben* de dónde puede proceder un sufrimiento fetal, *ellos saben* que a no ser que haya un nudo en el cordón o doble vuelta o prácticamente nada más, solamente hay la parte fundamental de la actitud de la madre, el miedo de la madre, el que puede estar incidiendo directamente [en] cómo está ese niño, es decir, no viene de la nada un sufrimiento fetal, *no es una cosa fantasma* [cursiva mía].

Y en cuanto a lo que se hace en estas situaciones afirma:

[...] yo diría que en el 99% de los casos en que nos hemos encontrado con estos signos, hablamos con ellas tranquilamente, le[s] planteamos qué está pasando, le[s] hacemos el refuerzo emocional necesario, le[s] damos un tiempo límite, porque efectivamente, como tú dices, el niño por supuesto no ha optado por morirse o quedarse tontito, y en el 99,9% de los casos ese sufrimiento fetal se resuelve a partir de la actitud de la madre. [...] cuando hablamos de responsabilidad de los padres, no quiere decir asumir de manera pasiva las consecuencias funestas de un problema, es saber de dónde procede ese problema, saber que en sus manos está la resolución de ese problema, la mayor parte de las veces, y poner los medios necesarios para hacerlo con nuestra ayuda y la de su pareja.

Mercedes Serrano, en cambio, incide en las complicaciones producidas por intervenciones

⁸² Por ejemplo: “[...] la ambulancia en la puerta es una fantasía española, la matrona valora cuando las condiciones del parto se alejan de la normalidad y se traslada a la mujer llamando a la ambulancia, de igual forma trabajamos en Madrid el grupo Genesis, llamamos al 061, ambulancias de urgencias de la Seguridad Social”, Mesa Redonda sobre Asistencia al Parto, V Congreso Nacional de Matronas, Santiago de Compostela, 1995, *Nacer en Casa*, Boletín Informativo nº 6, p. 39.

hospitalarias rutinarias como la rotura artificial de la bolsa, que ella misma efectuaba habitualmente:

[...] yo produje patologías, como un prolapso de cordón por romper una bolsa en un momento en que dices que porque está el quirófano allí puedes considerar que se ha resuelto, en algunos casos no se resuelve [...].

Romper la bolsa, en el caso comentado, produjo una anoxia (deficiencia de oxígeno), por la posición no favorable de la cabeza, que no se tuvo en cuenta⁸³.

Pero la incompreensión es más profunda, y se siguen formulando preguntas sobre situaciones que sencillamente no suelen darse en el domicilio, por la propia manera de actuar o, a menudo, de no actuar de las comadronas⁸⁴. La defensa de una visión específica del nacimiento y de la salud, sin embargo, no parece ser suficiente, al menos frente a un auditorio con formación biomédica. Precisamente con el objetivo de conseguir “legitimidad científica”, muy a menudo las socias de Nacer en Casa aportarán datos estadísticos sobre morbilidad infantil, inicialmente retomándolos de estudios comparativos entre la casa y el hospital llevados a cabo en otros contextos⁸⁵, más tarde tratando de elaborar sus propios datos, y también procurando unificar criterios.

3.2.2. Esfuerzos frustrados: recopilación de datos estadísticos y formulación de protocolos de actuación

Si bien el tono de las cartas entre socias de Nacer en Casa es siempre muy cariñoso, y en los encuentros periódicos de la Asociación se pretende dar espacio a la situación vital y anímica de cada cual, esto no excluye la presencia de debates encendidos sobre temas específicos, entre ellos la definición de criterios comunes para recopilar datos estadísticos y el intento repetido de definir protocolos de actuación. Se utilizan cuestionarios, se comparten y discuten casos concretos, se recogen informaciones sobre los partos asistidos. Los intentos de recopilación de datos, sin

⁸³ En el caso citado: cabeza en sobre estrecho superior y cuello no favorable.

⁸⁴ Así, por ejemplo, la aspiración del líquido meconial por parte del bebé es un problema que no suele presentarse en los partos en casa. La explicación que se da es fisiológica: al dejar que el proceso siga su ritmo y no hacer episiotomía, se produce una compresión de la vulva sobre la caja torácica del bebé y una expulsión espontánea de eventuales secreciones, por la boca o por la nariz. A este propósito Mercedes Serrano habla de “malformación hospitalaria”. Admite, en todo caso, que en el remoto caso en que se presente una situación de este tipo, la derivaría a una estructura hospitalaria.

⁸⁵ Se menciona casi siempre un mismo estudio, el “MEHL”, realizado en 1976 en Estados Unidos, que compara 1046 partos en casa con igual número de partos hospitalarios, seleccionando condiciones similares (por edad, factor de riesgo, duración de la gestación, paridad, nivel educativo, estatus socio-económico), dando como resultado las mismas tasas de mortalidad pero una morbilidad (secuelas tanto en la madre como en el bebé) mucho más elevada en hospital. Citado en, entre otros, “Desarrollo de la atención domiciliaria en obstetricia, Parir y nacer en casa. Una demanda en espera de respuesta”, ponencia presentada por María Fuentes en las *Jornadas de Hospitalización domiciliaria*, Madrid, 15 de noviembre de 1988.

embargo, se repiten de una reunión a otra, de carta en carta, sin llegar nunca, parece, a reunir todos los requeridos.

Los fracasos recopilatorios conviven con la conciencia de la prioridad social y científica de los números, hasta el punto que en uno de los Congresos organizados se propone que no paguen sólo las que han hecho los deberes, entregando sus datos⁸⁶. Retomando las afiladas palabras de Consuelo Ruiz:

La idea de hacer sendas estadísticas con los nacidos, de forma natural, en los últimos 22 años del pasado siglo XX, me parece acertadísima, sobre todo, teniendo en cuenta la fuerza y la importancia de las estadísticas en la época actual. Hace muchos años, conocí a una matrona que llevaba un fichero completísimo de los partos que asistía, pero creo que no lo hacía con fines estadísticos que en aquel tiempo no estaban tan de moda, sino para comparar unos partos con otros, aprender detalles y acumular experiencias⁸⁷.

Efectivamente, este último es el objetivo interno no tanto de la recopilación de datos sobre número de partos, de traslados al hospital, tiempos de cada fase, posiciones en el expulsivo, técnicas eventualmente utilizadas, resultados que miden el estado del bebé (test de Apgar⁸⁸) y de la madre (número de desgarros, hemorragias, infecciones u otras alteraciones), sino de encendidas discusiones sobre protocolos de actuación para casos concretos y posibilidad de utilizar o no determinadas herramientas biomédicas en casa.

Compartir protocolos consiste en poner en común maneras de actuar y técnicas utilizadas en situaciones que se podrían calificar de problemáticas, algunas más comunes, otras más bien raras. Así, por ejemplo, se intercambian conocimientos sobre cómo resolver o prevenir eventuales trastornos en el embarazo (anemia, varices, lumbalgia, ciática, vómitos, estreñimiento, hemorroides, insomnio, pezones invertidos, infecciones vaginales); sobre herramientas y técnicas “blandas” que se pueden utilizar durante el parto, pero también antes, si se está retrasando excesivamente, o después, para problemas relacionados con el posparto y la lactancia; sobre el tiempo a partir del cual se considera un embarazo “fuera de cuenta”; tiempos medios y máximos de las diversas fases (dilatación, expulsivo y alumbramiento); qué hacer en casos de hipodinamias o hiperdinamias (alteraciones en la frecuencia y duración de las contracciones), con un “reborde” del cuello uterino, con bloqueos en la dilatación, cansancio de la madre, detección de sufrimiento fetal, posibles trastornos en el recién nacido; cómo facilitar la recuperación posparto (cicatrización del periné y del

⁸⁶ *Acta de la reunión de 27-29 de septiembre de 2002*. Es la colaboración mínima que se pide para el Congreso, ya que no todo el mundo participa en su organización. Huelga decir que en este caso tampoco se conseguirá reunir todos los datos.

⁸⁷ *El Boletín, número extraordinario dedicado al Congreso* [se refiere al primer Congreso de Nacer en Casa, del 2000], n°6.

⁸⁸ El Test de Apgar es un examen que se efectúa en el recién nacido después del parto. Tiene en cuenta 5 parámetros fisioanatómicos a los que se asigna una puntuación específica (ver glosario final).

cordón, eventual presencia de grietas o mastitis, atonía uterina) y resolver problemas más graves (como hemorragias, prolapsos de cordón, retenciones placentarias); y, finalmente, cómo actuar en los casos que precisan un traslado al hospital. Las cuestiones expuestas son solamente algunas de las que se presentan en una de las plantillas utilizadas para recoger informaciones de todas las socias. Sin embargo, pueden dar una idea general de los temas que se incluyen, para ser discutidos posteriormente en las reuniones y llegar a la elaboración de un protocolo unificado que oriente en la toma de decisiones. Sería lo que actualmente se denomina “guía de práctica clínica”, documentos cada vez más difundidos en todas las ramas de la biomedicina, pero a menudo poco conocidos, escasamente utilizados, y aún menos evaluados en su aplicación⁸⁹.

En las reuniones de la Asociación se admite, ya desde los primeros años, la dificultad de llegar a acuerdos⁹⁰. Y es que la unificación de criterios choca con la individualización profunda que está en la base de la asistencia domiciliaria. Si para cualquier tipo de malestar antes, durante y después del parto se valoran una gran cantidad de factores⁹¹, y se incluyen tratamientos muy diversos según situaciones, contextos y personas concretas, cabe señalar la previsible dificultad de elaborar protocolos comunes, aunque se consideren referencias no normativas ni definitivas. El rechazo explícito de fórmulas y parámetros cerrados hace muy difícil, si no imposible, llegar a consensos generales. La opinión indefectiblemente negativa sobre los protocolos hospitalarios, ejemplificada por las palabras de Isabel, bien podría utilizarse para explicar la no consecución de acuerdos internos:

Entonces se supone que se tiene que uniformizar una manera de actuar y generalizar una manera de actuar que en ningún caso puede estar justificado, puesto que si algo es un ser humano es un ser individual y distinto cada uno de ellos, ¿no? Con su historia biológica y psicológica correspondiente, y por lo tanto pues creo que [...] son mucho más dañinos de lo que pueden ayudar. Sirven sobre todo para que el sistema funcione, entre comillas, funcione de manera formal, para que el jefe sepa lo que tiene que controlar, el juez lo que tiene que acusar o defender o juzgar, y cada uno de los profesionales que hacen la cadena de mando, pues lo mismo que una estructura militar, jerárquica, pues que haga

⁸⁹ Las diferencias en los criterios de elaboración de las guías (que muy pocas veces incluyen también a pacientes o usuarios/as de servicios), la dificultad de definir qué es la “evidencia” científica que debería ser objeto de estas guías, así como el desconocimiento bastante generalizado de su contenido entre profesionales sanitarios/as y sobre todo la poca importancia que se le da a la fase de seguimiento y evaluación de su implantación, han sido cuestiones señaladas y debatidas por varias antropólogas que se dedican al estudio del sistema biomédico, tanto en el *I Congreso Internacional de Antropología AIBR*, como en el *X Workshop Internacional Ciencia, Tecnología y Género: Visiones y versiones de las tecnologías biomédicas*. En particular, las reflexiones de Ana Toledo Chávarri resultan muy reveladoras por provenir de un intento “aplicado” de introducción de parámetros y metodologías antropológicas en un equipo pluridisciplinario del sector salud canario. Se remite al siguiente capítulo para ahondar en las dificultades de aplicación de las nuevas recomendaciones ministeriales establecidas para la atención al epp.

⁹⁰ *Acta de la reunión de 10-11 de marzo de 1990*.

⁹¹ Entre ellos, los hábitos alimenticios, el estado psicoemocional, la situación laboral, la historia personal y familiar, la comunicación en la pareja, los efectos de pruebas y diagnósticos biomédicos, la influencia del entorno social más cercano.

cada uno su trabajo y no se meta en el trabajo del otro [Isabel, 57 años].

Se puede intuir, por tanto, la enorme dificultad de sistematizar algo que de por sí no se considera reconducible a esquemas precisos ni a criterios repetibles y menos aún cuantificables. No obstante, algunas recomendaciones generales, que reflejan una visión determinada del proceso de epp, constituyen el eje que vertebra la actividad de la Asociación, y van definiendo los criterios de entrada y también de salida de la misma.

Un decálogo enumera sus principios básicos que, con pocas modificaciones, sigue guiando la labor de las asociadas⁹². En él se defiende el protagonismo de bebé, madre y padre; el respeto por las posiciones éticas e ideológicas de la madre; por el proceso y los ritmos individuales; el uso de métodos terapéuticos “blandos y no agresivos” en el caso de que se necesite algún tipo de intervención; el trato delicado y respetuoso hacia el recién nacido (“ya que es un individuo consciente, sensible y con entidad propia”); el rechazo de “manipulaciones intervencionistas sistemáticas e innecesarias” tanto hacia la madre como hacia el bebé; la recomendación de un trabajo previo conjunto de preparación (entre personas interesadas y quien asistirá el parto) y de una actitud de constante revisión y autocrítica constructiva; el apoyo y fomento de la lactancia materna; la maternidad como hecho no solamente individual, sino social, y por tanto “necesitado de apoyo en lo económico, cultural, político y laboral”. La entrada de pleno derecho en la Asociación supone, en primer lugar, la aceptación y el respeto de estos principios, pero no se limita a esto. Las nuevas incorporaciones deben estar avaladas por uno/a de los/as miembros de la entidad, y su trabajo debe tener un seguimiento de varios meses. Además, para que entre una nueva persona se requiere la unanimidad del grupo, mientras que otras decisiones asociativas se toman por mayoría.

Una revisión de las actas muestra a menudo votos negativos, acompañados o no por requerimientos específicos para sanearlos. En una ocasión se admite que “la forma en que se “interroga” a los aspirantes puede asustar a algunas personas”⁹³, opinión compartida por Cristina Triviño, la actual secretaria de Nacer en Casa que, en entrevista, define los criterios de entrada de antes como “súper estrictos”.

Estos requisitos, durante un tiempo considerados imprescindibles para evaluar la compatibilidad

⁹² <http://www.nacerencasa.org/decalogo-2/> Se aprecian leves variaciones a lo largo de los años, como se puede inferir de una comparación entre el decálogo actual y el citado por Mercedes Serranos en su ponencia “Un nuevo concepto de atención al parto”, en las mencionadas *Jornadas de Hospitalización Domiciliaria*, Madrid 1988. Entre ellas: la desaparición del ambiguo término “natural” para definir los métodos utilizados, dejando sólo “blandos y no agresivos” (punto 4); la incorporación del adjetivo “sistemáticas”, que acompaña el ya presente “innecesarias”, referido a las intervenciones a evitar (punto 6); la inclusión del femenino (el/la profesional, punto 8); la integración del fomento a la lactancia, además de su apoyo, como método que favorece el bienestar del bebé (punto 9). Estos cambios sutiles dan cuenta también del trabajo reflexivo y autocrítico de la Asociación, sin lugar a dudas uno de sus rasgos más característicos, un punto fuerte para el crecimiento del colectivo, pero también motivo de conflictos y distanciamientos.

⁹³ *Acta* de 16 de octubre de 1993.

real con una asociación que nace como una agrupación entre personas que se conocen, que trabajan de manera muy parecida y movidas por las mismas inquietudes, se harán cada vez más laxos, no correspondiéndose con los actualmente vigentes. Se trata, en el fondo, de hacer frente a la paradoja de querer salir de un lugar marginal y abrirse a nuevas alianzas para alcanzar un mayor nivel de visibilidad, pero al mismo tiempo mantener cierta selectividad, no solamente para facilitar el trabajo interno, sino también para presentar una imagen precisa y coherente. En la actualidad se pide solamente una carta de motivaciones y el aval de una de las personas socias, con la condición de que ésta lleve como mínimo tres años en Nacer en Casa. Si para Cristina Triviño se ha pasado de un elevado nivel de compromiso, de alguna forma exigido por quienes representaban las figuras líderes del colectivo, a actitudes menos activas y una implicación menor, algunas cuestiones espinosas parecen al contrario permanecer incrustadas en debates que se repiten, produciendo conflictos muy parecidos a lo largo de los años y delineando, muy poco a poco y no siempre de manera clara, lo que se asume como Asociación y por lo tanto también lo que conlleva estar en ella.

En concreto, el uso de herramientas farmacológicas como la oxitocina sintética durante el parto, o de instrumentos como la ventosa o una incubadora están en el centro de discusiones que, al parecer, no producen acuerdos consensuados, aunque sí algunas puntuales salidas de Nacer en Casa.

A una pregunta del público sobre si llevan material para intubar, Mercedes Serrano, ya en 1988⁹⁴, contesta sincera y claramente que es un motivo de discusión interna al colectivo, que existen profesionales “que a veces son hombres y a veces son médicos” que llevan este tipo de materiales, y que ella derivaría a un hospital con el acuerdo de los padres, “que suelen estarlo”. Estas cuestiones, aparentemente secundarias, trastocan las bases mismas del parto en casa como movimiento y como práctica cuya defensa se basa en una visión del parto como acto fisiológico que no necesita de ninguna intervención particular externa. Al contrario de una definición en negativo, como acto que conlleva cierto riesgo hasta que no se demuestre lo contrario, quien asiste en casa lo considera un acontecimiento vital positivo que se desenvuelve espontáneamente y de mil formas diversas, pero que no presenta riesgo alguno hasta que no se manifieste alguna complicación. Esta visión conduce también a cuestionar la necesidad de llevar cierto instrumental biomédico a un domicilio. Inclinarsé por un traslado en caso de alguna complicación significa reconocer y respetar las funciones de un hospital, y no pretender en ningún momento “llevar el hospital a la casa”. No se trata de una “hospitalización domiciliaria”, como en el título de las mencionadas Jornadas de 1988 del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino de permitir que acontezca en casa algo que no necesita en absoluto de una estructura hospitalaria, y de detectar y derivar aquellos casos que sí puedan

⁹⁴ *Jornadas de Hospitalización Domiciliaria*, Madrid 1988.

precisarla.

Pero las discusiones de los años 80 parecen no haber perdido vigencia, y siguen repitiéndose en la actualidad, aparentemente sin encontrar respuestas definitivas. En particular, no queda claro si determinadas maneras de actuar, asumidas como responsabilidades individuales y no colectivas, implican automáticamente dejar la Asociación. Estas controversias no solamente han generado y generan cierto malestar, situaciones incómodas y finalmente el abandono de Nacer en Casa por parte de algunas personas, sino que amenazan la precaria existencia del parto en casa como opción legalmente posible, aunque de momento no cubierta por la sanidad pública. La preocupación por la “reputación” de la asistencia domiciliaria es lo que ha llevado, en último término, a defender públicamente⁹⁵ criterios concretos de aceptabilidad, que básicamente son tres: embarazo único, presentación cefálica, y parto entre la semana 37 y 42 de gestación, y a desechar el uso de determinadas herramientas tecnofarmacológicas, al menos aquellas que se consideran propias de una situación patológica más fácil de resolver en un entorno especializado. En definitiva, la sola posibilidad de criterios comunes se refiere, hasta la fecha, a unos principios generales, contenidos en el decálogo de Nacer en Casa, y unos límites muy concretos, que se corresponden con los establecidos para el trabajo independiente de las matronas (*cf.* cap. 3). En medio queda una gran indefinición, que si bien puede facilitar la oposición de algunos sectores de la obstetricia, por otra parte figura como una de las características más representativas del parto en casa, en la medida en que las particularidades de cada parto, de cada mujer, de cada acompañante y de cada situación van marcando los pasos a seguir, nunca iguales aunque puedan parecerse, nunca correctos o incorrectos, sino posibles, negociados y a veces también, por qué no, revisados y criticados.

3.3. Referentes europeos: Dick-Read/Lamaze y Leboyer/Odent

La casi total ausencia de ejemplos tanto teóricos como empíricos, por el afirmarse de una formación enfocada a un tipo de asistencia altamente sistematizada y tecnologizada, hizo necesario buscar referentes fuera de los confines estatales.

En particular, en lo referido a la preparación al parto se pueden identificar dos grandes influencias. La primera está marcada por Grantly Dick-Read en Inglaterra y Fernand Lamaze en Francia, quienes utilizan métodos psicosomáticos de educación prenatal. La segunda, iniciada por Frederick

⁹⁵ Con “públicamente” me refiero tanto a la postura defendida en los medios de comunicación, como a las informaciones de entrevistas y conversaciones informales con varias socias de Nacer en Casa. Estos criterios, ausentes en la documentación más antigua de la Asociación, son también los que aparecen en varias guías de asistencia domiciliaria, entre las que destaca, por ser la única de carácter oficial en el territorio del Estado español, la *Guía de asistencia del parto en casa*, editada en 2010 por el Colegio de Enfermería de Barcelona, en colaboración con la cooperativa Titania-Tascó y con varias comadronas de parto en casa.

Leboyer y continuada por Michel Odent, se centra en el “cerebro instintivo-emocional”. A pesar de que los dos enfoques teóricos, con sus diferencias internas, pueden considerarse profundamente incompatibles, se utilizarán de manera complementaria, mezclando sus principios y técnicas a través de formas híbridas, que operan una selección creativa, una especie de bricolaje de los elementos considerados más adecuados, a menudo insertándolos en prácticas que se distancian netamente, más o menos conscientemente, de las originarias. La intención aquí es encuadrar estas teorías en su contexto de producción, subrayando tanto sus contribuciones para asistir un parto no medicalizado y/o no hospitalario, como los aspectos más controvertidos, que serán a menudo criticados y/o descartados por las “hijas” simbólicas de estos “padres” del “parto natural”.

La contribución más importante de Dick-Read, médico inglés que desarrolló sus teorías en los años 30 del siglo XX, fue sin duda la de introducir la posibilidad, es decir la pensabilidad, de un parto no doloroso, sin necesidad de métodos analgésicos o anestésicos. Sus observaciones le llevaron a elaborar un método que pretendía, a través de charlas informativas y de técnicas de respiración y relajación, inhibir el miedo que provocaba tensión en el cuello uterino y, por lo tanto, dolor intenso en las contracciones (Ruiz 2009, *Integral* 1988 [1982]: 54). Es lo que se conoce como triángulo o círculo de Dick-Read, en el que el aumento del miedo produce mayor tensión, que provoca más dolor, y así sucesivamente (véase fig. 5). Su obra, de carácter divulgativo, tuvo amplia difusión tanto en Europa como en Estados Unidos. Sus dos textos más famosos (*The Psychology of Pregnancy*, de 1933, publicado con el título más llamativo de *Natural Childbirth*, y *Revelation of Childbirth*, más conocido como *Childbirth Without Fear*) han sido traducidos a varios idiomas, y han constituido un importante punto de partida para tomar distancia de la progresiva tecnologización, demostrando, entre otras cosas, la variabilidad de visiones y prácticas biomédicas. Sin embargo Dick-Read, médico evangélico y reformador social, lejos de querer devolver autonomía a las mujeres en sus partos, estaba movido más bien por intereses eugenésicos, preocupado por la disminución de nacimientos entre la burguesía y por los destinos de la nación y la raza inglesas (Moscucci 2003). Su oposición a las tecnologías biomédicas en el parto, y en particular a la mezcla de escopolamina y morfina que empezaba a tener cierto éxito entre las mujeres de familias más acomodadas, se debía a su inquietud por las nuevas generaciones producto de estos partos, por los futuros ciudadanos en definitiva. Su convicción de que la incorporación de las mujeres al mercado del trabajo, junto a un miedo cultural al parto, tenían una función disuasoria en la decisión de embarazarse de las mujeres inglesas de clase media, le impulsó a documentarse sobre las vivencias de parto en otros contextos culturales. A través de viajes y de revisiones bibliográficas, llegó a la conclusión de que las “poblaciones primitivas”, en las que luego incluyó a

la clase obrera, no sufrían dolor al dar a luz. Reproponiendo el tópico del buen salvaje y de la corrupción producida por la civilización, en una escala en la que a mayor nivel educativo correspondería mayor sufrimiento en el parto, defendía una educación anterior al parto para poder controlar su desarrollo, sin instrumentos y sin analgesia-anestesia, desde una óptica absolutamente conservadora. Devolver a las mujeres a la “sagrada llamada” de la maternidad, a su esfera “natural” y a su deber social, junto con la importancia de establecer desde el parto un fuerte y saludable vínculo materno-filial, serían pues los motivos principales del trabajo pionero de este médico inglés (*id.*). Su objetivo se puede sintetizar en encontrar una solución técnica a lo que considera un fallo social, un daño colateral del progreso social y científico.

Paralelamente a Dick-Read en Inglaterra, en Rusia se desarrolla la psicoprofilaxis obstétrica, basada en la teoría de los reflejos condicionados de Pavlov, y a la que dará una importante difusión el tocólogo francés Lamaze. Con una lectura muy parecida de las causas del dolor en el parto, se utilizan técnicas *inhibitorias* de la tensión muscular, que requieren de la presencia de un instructor, o bien *potenciadoras* de la confianza, que permiten responder al miedo con relajaciones musculares, conseguidas con una capacitación previa, una suerte de *training* autógeno dirigido a obtener niveles de concentración elevados en el parto (*Integral* 1988 [1982]: 55). Lamaze introduce también la importancia del apoyo emocional del padre, además de un ambiente que facilite la relajación y el recuerdo de las clases, para así permitir *crear* el reflejo (Ruiz 2009). A partir de los años 60, el “método Lamaze” tuvo cierto éxito en el campo de las alternativas no intervencionistas a la analgesia obstétrica, siendo adoptado también por la *Natural Childbirth Association*, asociación fundada en 1956 para dar difusión a las enseñanzas de Dick-Read (Moscucci 2003: 171). En el Estado español, una de sus sostenedoras será Consuelo Ruiz, matrona profundamente convencida de que el parto, en cuanto función fisiológica, no tenía por qué ser doloroso, y figura emblemática para las que decidieron dedicarse a la asistencia domiciliaria (*cf.* siguiente epígrafe).

Tanto Dick-Read como Lamaze proponían una férrea disciplina, un entrenamiento para conseguir controlar las emociones, por un lado, no cuestionando el poder implícito en la relación médico-entrenador/parturienta-entrenada, y, por otro, negando la validez de las emociones y del “descontrol” en el parto. Adrienne Rich ya señaló que tanto el experimentar y soportar el dolor como el rechazo a permanecer consciente en el parto (que fue la opción que eligió ella), podrían ser decisiones de mujeres que trataban de oponerse al destino impuesto de sufrimiento y pasividad. Y sin embargo en los dos casos se dependía de la aprobación y del manejo médico: “Ninguna de nosotras, creo, tuvimos sensación alguna de poseer un verdadero control de la experiencia” (Rich 1996 [1978]: 261). En ambos casos, además, se producía una disociación mente/cuerpo,

emociones/sensaciones físicas, que hacía innecesario tener consciencia plena de la experiencia vivida (Oakley 1979: 629), en el primero a través de concentración y autocontrol, y en el segundo a través de medios farmacológicos.

No cabe duda de que la recuperación del “parto natural” por parte del movimiento feminista resulta sorprendente y algo extraña al detenerse en sus orígenes, que son en parte precisamente una reacción a las conquistas emancipatorias de las mujeres, como en el mencionado caso de Dick-Read. Pero no solamente el término “natural” es equívoco como pocos, pudiendo significar cosas muy diferentes según contextos histórico-culturales, sitios de enunciación y sujetos de la misma, sino que los métodos psicofilácticos pudieron ser rescatados, en los años 70 y 80, a través de una adopción selectiva de los elementos que se consideraron útiles. El triángulo de Dick-Read, por ejemplo, un triángulo equilátero que lleva en los tres vértices las palabras miedo, tensión y dolor, sigue siendo utilizado por algunas comadronas que asisten en casa. Les sirve por su evidencia visual y como medio útil para incidir en las consecuencias corporales de “cierre” producidas por temores y miedos, y especialmente negativas para la fisiología del parto. En opinión de Francisca, una de las comadronas entrevistadas:

Lo que pasa es que es un poco conductista, hay una parte que es solamente condicionamiento y tal, y no va a lo emocional, a lo [...]. ¿Sabes? Está bien, y fue la introducción fantástica que permitió decir a las mujeres: te puedes liberar del dolor en el parto. Es decir es la llave que se abrió allí, ¿no? Entonces hay una parte que ha servido muchísimo para esto [Francisca, 53 años].

Y es precisamente en la parte que se ha utilizado de estos autores, omitiendo el conductismo, en la que se puede reconocer una visión del dolor más compleja, caracterizada por cinco aspectos clave sobre los que se volverá posteriormente: (1) la no obligatoriedad del dolor y por lo tanto (2) la posibilidad de no experimentarlo (no a todas les duele, ni de la misma manera), (3) el distanciamiento de una visión negativa del dolor, distinguiéndolo del *sufrimiento*, (4) la presencia de otras dimensiones igualmente importantes y que han quedado ocultas tras una identificación absoluta del dolor con el parto, y, relacionada con esto último, (5) la coexistencia profundamente ambivalente de dolor y placer.

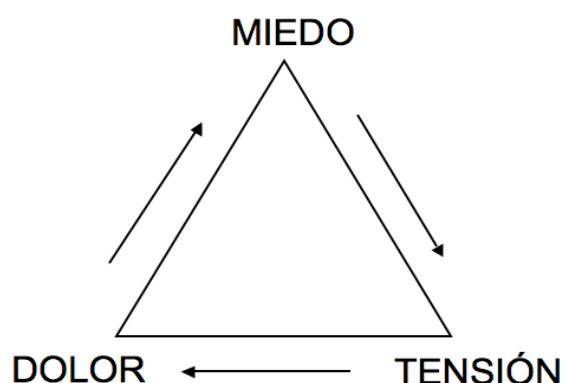


Fig. 5 Triángulo de Dick-Read

La visión mecanicista de Lamaze y Dick-Read, “los dos padres del parto natural” (Oakley 1979: 628), con su énfasis en la reprogramación materna para conseguir mayor eficiencia y producir respuestas específicas a estímulos fisiológicos, será superada por los enfoques de los franceses Leboyer y Odent. Ambos desplazarán el centro de atención hacia las sensaciones, los cuerpos, las emociones, aunque con importantes diferencias. Leboyer (1983 [1974]), centrándose en el recién nacido, consideraba la psicoprofilaxis una conquista indiscutible para las mujeres y una posible ventaja para el bebé, ya que permitía a la madre mantenerse activa en el posparto: “Por suerte, la mujer que ha superado con éxito el parto psicoprofiláctico conoce y domina las reacciones de su propio cuerpo. Por ello será capaz de sostener, de tocar a su hijo” (*id.*: 114). En el centro de su atención está el niño, sus sensaciones al nacer, al salir del útero materno para entrar en un ambiente extraño, pasando de la oscuridad a la luz, de un ambiente cálido al frío, de unos sonidos amortiguados a los ruidos metálicos de los instrumentos médicos, de una respiración (vía cordón) a otra (pulmonar). Es, en definitiva, una invitación a “meterse en la piel” de un recién nacido, para entender, entender con todo el cuerpo, la importancia de la paciencia, del silencio, de la sencillez, de la atención discreta y de la modestia para que se dé un nacimiento no traumático. Es, empero, una invitación dirigida a quien asiste profesionalmente un parto, incapaz, una vez más, de conseguir una visión unitaria y compleja que de cuenta del doble protagonismo (madre-hijo/a) así como de las diferentes dimensiones involucradas en un parto. A la madre, de hecho, se le aconseja no dejarse llevar por las emociones, “controlar sus nefandos impulsos” (*id.*: 115), quedarse tranquila y paciente, y se le dan precisas instrucciones sobre cómo tocar y cómo no tocar a su retoño.

Si bien, como se ha visto, su obra pudo suponer un relevante impulso a la generación de cambios en la práctica asistencial, contribuyendo a sustraer el nacimiento a los aparatos y a las rutinas biomédicas, sigue manteniendo a la madre en una posición claramente secundaria. Tal vez dando por supuesta una ya ganada batalla en favor de una mujer que ya no sentiría ni miedo ni dolor (*id.*: 21), Leboyer, abriendo los ojos a quién no ve el sufrimiento del recién nacido en un parto hospitalario tipo, se muestra nuevamente ciego a las sensaciones/emociones múltiples y a menudo contradictorias de una madre y también de un padre, a quienes reduce a espectadores extasiados y alegres frente a un bebé que grita y llora. Su “extraordinaria obcecación”⁹⁶ ante la complejidad y la corporalidad del parto, y su convicción de la necesidad de educar a las incapaces y desprevenidas madres, será en parte remediada por su discípulo Michel Odent.

Conocido en los años 80 por su trabajo innovador en la maternidad de Pithiviers, Odent parte, por un lado, de la denuncia de una mala interpretación de Leboyer, subrayando la conversión de sus reflexiones en un método que además acababa excluyendo sistemáticamente a la madre (1984: 33); y, por otro, de un rechazo explícito de las técnicas de Lamaze, así como de cualquier psicoprofilaxis con carácter prescriptivo (*id.*: 45). Una actitud abierta, de observación y aprendizaje empírico, le permite introducir poco a poco cambios en su clínica, enfocados a dejar que la parturienta actúe en función de sus propias necesidades y deseos, sin tener que controlar respiración, posición o sonidos que emite durante el trabajo de parto. Se intentan crear las condiciones óptimas, hacer que “ellas se sientan como en casa” (*id.* : 41), para, al contrario, evitar todo control mental y permitir un abandono al proceso y al cuerpo. Desde esta perspectiva, la matrona asume un papel importante en el acompañamiento, se niega la utilidad de cualquier preparación psico-física propiamente dicha, dedicando las reuniones semanales a resolver dudas, organizando una visita a la estructura en la que se responde a las preguntas de futuras madres y padres, creando espacios para conversaciones más informales, como las sesiones de canto, en las que se difuminan los confines entre profesionales y pacientes, y se valora el disfrute como elemento fundamental para un embarazo sano. Factores personales, familiares, la historia de cada mujer, así como el contexto social del que proviene se consideran igualmente relevantes, incidiendo también en la centralidad de las redes de apoyo comunitarias para proporcionar mayor seguridad y confianza. Así, se deja que cada una decida cómo y cuándo participar en los encuentros; los temas que se desarrollan en ellos pueden variar mucho, dependiendo de las preocupaciones y de los intereses de las personas presentes; y el día del parto se opta por no perturbarlo, más que por ayudarlo activamente. La idea central es evitar dogmatismos y procedimientos válidos para todas, elaborando unas pautas generales pero adaptándolas, con actitud empática, a las situaciones que se van presentando.

⁹⁶ Retomo aquí su expresión, que él, evidentemente, aplica al recién nacido.

Si Leboyer se define como un antecedente a partir del cual se han llevado un paso más adelante sus “acertadas ideas” (*id.*: 87), Ivan Illich constituye el otro gran referente para todo el equipo de Pithiviers. Tanto es así que Odent, en un capítulo titulado “Antiobstetricia” (*id.* : 111-126) denuncia, siguiendo a Illich, el uso de los “factores de riesgo” como justificante de la medicalización del proceso de nacer y para desacreditar toda alternativa, sean partos en casa, en centros de nacimiento no hospitalarios o en unidades de hospitales. Reflexiona, además, sobre la producción de riesgos por parte de las mismas intervenciones obstétricas, aplicadas de manera no selectiva, llegando incluso a definir la episiotomía como el reflejo de una insensibilidad específicamente masculina (*id.*: 118). No obstante, antropólogas feministas como Emily Martin (1992 [1987]) han visto en las lecturas de Odent un evidente peligro de recaer en la identificación de las mujeres con lo natural e instintivo, al considerar el parto como emblema de lo fisiológico, de lo no racional, de una espontaneidad primitiva y animal. Es así que, por ejemplo, sugiere que las embarazadas no lean ni se informen demasiado, considerándolo incompatible con el necesario “apagón del neocórtex” en el momento del parto. Es como si conocer analíticamente implicase necesariamente la incapacidad de “abandonarse” a las sensaciones y a la “escucha” del cuerpo.

Es más, de manera no poco contradictoria, y con un peso cada vez mayor en su obra, se utiliza la razón científica (la “cumbre de la racionalidad”) para avalar la importancia de lo no racional en la vida. Michel Odent es un médico, un obstetra profundamente confiado en las aportaciones científicas, y especialmente en las de la neurofisiología. Si en sus primeros escritos trasluce cierta humildad, la modestia del cirujano inexperto, ajeno al mundo de la maternidad, y que observaba atentamente a matronas y mujeres para dejarse guiar, afirmando que lo que hacía era simple “sentido común” (*id.* 136), y llegando a plantearse el abandono de la profesión, posteriormente dedicará cada vez más espacio al discurso de la evidencia científica como verdadera y última fuente de autoridad (Odent 2001 [1999], 2006 [2004], 2008). En su tesis adquieren especial protagonismo las explicaciones neurofisiológicas sobre la función de las hormonas en el parto para facilitar u obstaculizar el proceso, y el papel del neocórtex (control racional) y del cerebro primitivo (o sistema adaptativo primario, una noción que se refiere conjuntamente a la parte instintiva y emocional) en inhibir o favorecer su secreción. El amor materno deviene además el prototipo de toda forma de amar, y el nacimiento asume un papel clave en el futuro de la persona, con todos los riesgos implícitos de una visión excesivamente determinista. Odent se convierte así en un gurú visionario que advierte sobre la muy próxima “toma de conciencia” de la humanidad, impulsada por el conocimiento científico (2001 [1999]: 138). De forma no muy diferente de quienes se declaran convencidos de que la autoridad científica, con su alarmismo profético, se impondrá para resolver problemas planetarios como el cambio climático, Odent, antes sostenedor de un cambio “desde

abajo”, promovido más por las mujeres que por colectivos profesionales (1984: 135), parece cada vez más seguro de que las nuevas evidencias científicas producirán cambios imparables en la forma de nacer, y, consecuentemente, en la humanidad en general. En su tesis del paso del *Homo Superdepredador* al *Homo Ecologicus*, la Ciencia (supuestamente unívoca) se convierte en fundamento epistémico y medio para un cambio global.

Más allá de la variedad y variabilidad teórica interna a la producción científica, y del salto entre teoría biomédica y práctica clínica, con los que se podrían fácilmente desmontar las ingenuas tautologías odentianas, coincidimos con Nikolas Rose (2008: 162) en que actualmente las disputas en torno a la vida se dan en una compleja interacción entre ciencia, tecnología, mercado y consumo, los territorios de la política vital contemporánea.

Por otra parte, es necesario señalar que todas estas teorías que sostienen la posibilidad de un parto con poca o nula intervención tecnofarmacológica, que serán referentes fundamentales para el desarrollo de la asistencia domiciliaria realizada por matronas, provienen exclusivamente de una autoridad médica. Como apuntaba la antropóloga inglesa Sheila Kitzinger, en su introducción a Michel Odent (1984: 20):

Es como si a las mujeres se les permitiera hacer las cosas a su manera, por primera vez desde que Dick-Read habló sobre los efectos de la mente y el cuerpo durante el nacimiento, en el siglo XIX⁹⁷. Pero, significativamente, este permiso tiene que ser dado por un médico. Algo que las mujeres saben por ellas mismas, no puede ser reconocido.

Kitzinger, madre de cinco hijos y firme defensora del parto en casa, se dedicará a escribir numerosos textos dirigidos a mujeres embarazadas, en los que une explicaciones fisiológicas y psicológicas con ejercicios, consejos dietéticos y posturales, explicaciones de pruebas e intervenciones médicas, sugerencias para establecer una buena comunicación con el personal sanitario o para afrontar positivamente los cambios en la pareja, junto con la referencia constante a experiencias de otras mujeres. Su método, que llama “psicosexual” y que se inspira, según sus propias palabras, en los sistemas de entrenamiento de Dick-Read, en la teoría psicoanalítica y en la antropología social (1988: 162), consigue sin duda un mayor nivel de complejidad, pudiendo resultar bastante útil para cualquiera que quiera acercarse al tema del epp. Pero su gran límite consiste en presentar la maternidad como experiencia capital en la vida de toda mujer, y en atribuir una gran importancia a la presencia del esposo en el parto, dentro de una pareja que parece que sólo pueda ser de clase media, heterosexual y casada (Rich 1996 [1978]: 257). La dedicación exclusiva y

⁹⁷ Por exactitud cronológica, aunque esto no influya en la pertinencia de la observación realizada por la autora, se señala que los trabajos de Dick-Read son de principios del siglo XX.

no cuestionada de la mujer a la crianza y a las tareas domésticas, el marido como “colaborador” eventual, la centralidad que sigue manteniendo el seguimiento médico del embarazo⁹⁸, la familia como único referente y posibilidad para el apoyo, serán aspectos en parte reelaborados posteriormente (Kitzinger 2002 [1991]). No obstante, si bien adquiere más importancia la figura de la comadrona en lugar del médico, de la “buena comadrona”, la que es capaz de fundirse con el entorno, de no juzgar y de apoyar a la embarazada en sus decisiones (*id.*: 80), y se insiste en redes de apoyo extendidas más allá de la familia nuclear, la maternidad, y en particular el momento del parto, siguen presentándose como el acontecimiento central en la vida de una mujer.

Antes de pasar a una figura clave en el panorama del parto domiciliario en el Estado español, parece muy pertinente concluir este apartado retomando las observaciones de Ann Oakley sobre la gran ambigüedad del denominado “parto natural” y por lo tanto, también, las complicadas relaciones con las teorías y las prácticas feministas. Así, optar por un parto sin intervenciones tecnofarmacológicas no siempre parte de motivos feministas, no implica necesariamente un cuestionamiento de las relaciones de poder en el acto clínico (Dick-Read, Lamaze, Leboyer), puede resultar incapaz de romper con dicotomías muy persistentes (Odent) o puede reproponer modelos familiares estereotipados (Kitzinger). Un ejemplo paradigmático, que se caracteriza por la presencia simultánea de todas estas limitaciones, es un manual de los años 70, escrito por una pareja estadounidense (él científico, ella “pionera en el parto natural”) y titulado: “Nacimiento Feliz. Manual para el Parto Natural Consciente” (Gold y Gold 1978 [1977]). En este texto *new age*, repleto de imágenes de mujeres paseando por campos en flor y hombres muy cuidadosos y afectuosos con sus hijos, la preparación al parto acaba siendo un entrenamiento en el que el médico dirige activamente todo el proceso, el padre desempeña funciones de instructor a lo largo del embarazo, los ejercicios propuestos tienen una duración tan larga que cabe preguntarse a quién está realmente dirigido el libro⁹⁹ y la madre es solamente un medio para el objetivo último de conseguir “seres más sanos y más felices”, o como mucho parte del equipo. Las instrucciones llegan al punto de no dejarla gemir en el expulsivo para no perturbar el nuevo ser, “sumamente sensible” (*id.* : 116)¹⁰⁰. La absoluta falta de autonomía de la madre se acompaña con una invitación a asumir sus responsabilidades al iniciar cualquier acción médica (*id.*: 140). En cuanto a la profesión médica, su

⁹⁸ “Las clases de preparación al parto no están diseñadas para sustituir a la medicina preventiva durante el embarazo; ninguna mujer debe pensar que puede arreglársela sola, y que todo va a ir bien si simplemente come con prudencia, hace los ejercicios y aprende todo lo que pueda sobre el parto” (Kitzinger 1988: 44, cursiva mía).

⁹⁹ Dificilmente una trabajadora con hijos/as, por ejemplo, podría cumplir con indicaciones de este tipo.

¹⁰⁰ Merece la pena reproducir el párrafo entero: “Ahora, más que nunca, no has de hablar, murmurar ni gemir, para que las primeras impresiones que reciba el nuevo ser, sumamente sensible, sean puras y sin ninguna influencia deformadora”.

único fallo sería ser “demasiado acomodaticia con madres que tienen miedo a sus cuerpos, miedo a los procesos normales de la naturaleza, y desean dar a luz a sus hijos en total inconsciencia [...]” (*id.*: 19). Inútil decir que no llegan a preguntarse por las raíces, por los motivos histórico-sociales de estos miedos.

Así pues, se delinea un camino tortuoso para quien, en los años 70 y 80, decidió dedicarse a la asistencia domiciliaria al parto como forma de reapropiarse de un acontecimiento vital, posibilitando partos y nacimientos respetados, más placenteros, y siempre extremadamente cambiantes.

3.4. Consuelo Ruiz: ¿un enlace?

Consuelo Ruiz Vélez-Frías (1914-2005), matrona que trabajó principalmente en partos domiciliarios entre los años 50 y 80 del siglo pasado, representa una importante excepción a la mencionada falta de referencias internas al colectivo de matronas. Escritora prolija, incansable defensora del parto como función fisiológica, preocupada por el destino de su profesión y por la manera generalizada y para ella totalmente ilógica de tratar los partos en el medio hospitalario, Consuelo, con sus más de 80 años, hizo de enlace con la generación anterior, la que se formó en Escuelas de Matronas, y trabajó con las Beneficencias Municipales y con el SOE (*cf. supra*, epígrafe 2.2). Formada en el método Lamaze en Francia, encontró en la psicoprofilaxis obstétrica la clave para explicar el dolor en el parto, su obsesión, su rompecabezas durante años (Ruiz 2009).

Figura contradictoria, profundamente religiosa, comunista, racionalista y pasional, autora de textos muy variados, amada y rechazada por sus teorías, obstinada, curiosa, lectora ávida, concedora de varios idiomas, con posiciones que oscilan entre el más absoluto conservadurismo y una inestimable lucidez y apertura mental, esta matrona de la “vieja guardia” merecería, muy probablemente, un estudio aparte. Aquí me limitaré a presentar brevemente su historia de vida, ahondando en sus repetidos intentos de producir cambios en la atención sanitaria al parto y en sus importantes aportaciones para el movimiento de parto en casa.

En un artículo autobiográfico en la revista de la Asociación Española de Matronas, de la que también fue presidenta durante algunos (pocos) años, Consuelo Ruiz (1992) presenta su vida como una docena de “casualidades”, al mismo tiempo que precisa que ella no cree en las casualidades, sino en un orden universal no azaroso.

Al terminar la Guerra civil estaba “sola en la parte de los vencidos”, sin marido, sin casa y con una

hija de tres años con tuberculosis, lo que la obligó a aprender a poner inyecciones. Este hecho es para ella el motivo propulsor de su carrera, antes como practicante y luego como matrona, en un relato en el que experiencia vital y profesional se entremezclan y llegan a conformar un todo único. Su curiosidad fue motivo de una observación constante, de partos de mujeres en la Maternidad donde había estudiado, así como de animales:

Efectivamente, me hice matrona y continué yendo a Mesón de Paredes, para observar, con más ojos que un queso de Gruyere, los partos. No contenta con eso, buscaba la ocasión de ver parir a gatas, perras, ovejas, vacas y cerdas, lo que era difícil, pero no imposible y comparaba sus partos con los humanos, de lo que saqué buenas consecuencias (*id.*: 23, 7ª “casualidad”).

Empezó su trabajo como matrona asistiendo a las más pobres, a la gente de su barrio, a las que pagaban con el “volante” (del seguro) o simplemente dándole las gracias. Poco a poco, no sin dificultades, adquirió fama de buena matrona o, más bien, de tener suerte en los partos. Y es que, como repite en sus escritos, ella “no hacía nada”, se limitaba a estar allí, paciente y observadora, sin tocar apenas, sin hacer “masajes por dentro” para ampliar la dilatación del cuello uterino. Su estatura diminuta, su difícil situación económica, su actitud absolutamente expectante en los partos, produjeron al principio cierta desconfianza, que fue progresivamente desapareciendo por los buenos resultados conseguidos, ya que, según cuenta, las mujeres parían con facilidad, “sin episiotomías, sin puntos, sin fiebre, grietas ni mastitis” (*id.* 23).

Más tarde, una noticia en un periódico francés sobre un nuevo método de preparación al parto la llevó a hacer maletas e ir a un curso a París, en la clínica de Lamaze. A la vuelta, entre miles de dificultades, intentó dar difusión a sus nuevos aprendizajes. Consiguió publicar “un librito” sobre el tema en 1955 y ofrecer la preparación a varias embarazadas en la Maternidad de Santa Cristina (Madrid), gracias al apoyo de su director. No consiguió nunca, en cambio, formar a otras matronas, por la fuerte oposición tanto de médicos como de matronas, cuyo motivo atribuye a la procedencia rusa de estas técnicas y a la difundida asociación *ruso-comunista-peligroso*, que producía rotundos rechazos de todo lo proveniente del mundo soviético (Ruiz 2009). La misma publicación de su primer libro, además, se realizó entre varias “peripecias” (Ruiz 1992: 24), que ella sólo da a entender, pero que, según quienes la conocieron, le dieron no pocos disgustos, en una oscura lucha por los derechos de autoría que, al parecer y de manera históricamente no tan novedosa, involucró a eminentes personalidades médicas.

Ruiz vivió algunos años en Colombia y en Italia antes de regresar a un país en el que su profesión “estaba ya en el corredor de la muerte” (Ruiz 2009: 55). Un ataque cerebral, cuyo origen achaca a su jubilación forzosa, la dejó medio parálitica, “sin más percances que una pierna patitiosa y una mano hecha un pingajo” (Ruiz 1992: 24). Y es la última de la docena de “casualidades” la que,

dejándola en vida, la invitó a aprovechar el tiempo que le quedaba, lo que hizo con renovada energía, sin poder asistir partos pero pudiendo publicar, viajar, participar en congresos y también colaborar con el grupo Génesis de Madrid, que se dedicaba a la asistencia domiciliaria, y que le permitió disfrutar de una segunda vida o, en sus palabras, “como si se me hubiera dado otra oportunidad” (*id.*).

Estas notas biográficas, retomadas de sus mismos escritos, dejan vislumbrar a una mujer con una fuerza de voluntad increíble, segura, pragmática, continuamente en acción. Su vida figura como una sucesión de estímulos a los que reacciona con fuerza, con ganas, sin perder ni una de las ocasiones o “casualidades” que se le presentan. Y efectivamente un sentido de misión acompaña y guía todas sus reflexiones y su hacer, llevándola a considerar su trabajo de matrona como el significado de su vida, y la pelea por mejorar las condiciones de las mujeres en los partos su objetivo último¹⁰¹.

Consuelo Ruiz actuó en todos los frentes y, hasta los últimos años de su vida, en múltiples luchas de su guerra personal y en parte compartida, al menos desde que entró a formar parte de la Asociación Nacer en Casa, en contra de la medicalización de los partos y de la vivencia dolorosa y sacrificada del nacimiento. Así, trabajó hasta el final con madres y padres, en charlas divulgativas, dando ponencias, participando en cursos, redactando textos, siempre con la intención de impulsar cambios generalizados en la atención, y con una vis polémica que debió provocarle unas cuantas enemistades. En relación a la línea oficial representada por la Asociación Española de Matronas, por ejemplo, mantuvo una posición crítica, reconociendo su importancia y su imprescindible trabajo en defensa de la profesión a partir del cierre de los Colegios, pero también su conformidad con respecto a la nueva regulación de los estudios y al rumbo que iba tomando el trabajo de las matronas. En los congresos organizados por la Asociación, en los que seguía participando, porque los consideraba un importante foro de debate, no se limitaba a reprobar el supuesto progreso técnico en la asistencia, sino que desdeñaba el papel asumido en ella por las matronas y no compartía la idea de una formación que tuviese que pasar antes por estudios de enfermería, defendiendo la autonomía de ámbitos tanto a nivel educativo como profesional. Es más, criticaba la estructuración misma de estos congresos, en los que las matronas se encontraban obligadas a escuchar ponencias de eméritos profesores, médicos y ginecólogos, que trataban de cuestiones muy alejadas de su realidad, de experimentos con embriones y “otras hazañas”, quitando tiempo a temas más urgentes para el colectivo y a la posibilidad de debatirlos¹⁰². Para ella, las “nuevas matronas”, las que

¹⁰¹ Afirma, por ejemplo: “[...] creo que yo he nacido para eso, para ser matrona, y “hacerlo mejor”, al precio que fuera” y concluye: “no creo que esté aún viva por “casualidad”, sino que debo tener que hacer algo aquí todavía, acaso no he terminado mi tarea en este mundo” (Ruiz 1992: 24).

¹⁰² Estas como otras de las observaciones que siguen, derivan de una revisión y análisis de los Boletines de Nacer en Casa (del 1994 al 2001), que Consuelo Ruiz coordinaba, editaba y a menudo también llenaba de contenido.

trabajaban en hospitales, eran “monaguillos” que respondían a las ordenes de sacerdotes-médicos, o alternativamente y con más frecuencia a lo largo de sus escritos, “ginecologuillos”, preparadas en conocimientos que iban más allá del embarazo, parto, posparto y capacitadas para manejar tecnologías variadas, olvidándose de técnicas sencillas y no invasivas. En particular, se mostraba muy contraria a la reordenación impuesta, recordando sus tiempos, su formación y la manera de actuar de las comadronas de 50 años antes:

La verdad es que trabaja[r] como enfermera especializada sin más derecho que el de vestir una bata donde, a lo mejor, pone “Matrona”, es algo muy diferente a lo que tuve y me arrebataron. Ser matrona es otra cosa muy diferente de obedecer órdenes manipulando partos para amoldarlos a cánones de conveniencia e intervención (Ruiz, 1996: 9)¹⁰³.

Con una visión lineal de la historia¹⁰⁴, que para las épocas más antiguas parece más bien una historia mitológica, y una opinión invariablemente negativa sobre las parteras “incultas e ignorantes” de la Edad Media, Consuelo Ruiz proporciona, sin embargo, importantes informaciones sobre la época en la que vivió. Por aquel entonces, como se ha podido ya constatar, la carrera de matrona no iba precedida por la de enfermera, existían escuelas específicas y colegios profesionales. Y se aceptaba el dolor en el parto como algo normal, inevitable, pero también soportable:

Hace nada más que 50 años las mujeres parían por sí solas, sin aparatos, sin medicamentos, sin intervenciones, porque parían con el cuerpo y con la mente, conscientes de lo que estaban haciendo, no como simple materia sin más idea que la que las saquen cuanto antes del trance¹⁰⁵.

Con un peculiar mecanicismo, en el que el cuerpo humano se compara a menudo con lavadoras o televisores y la matrona a un simple técnico, se identifica en la conexión eléctrica el principio de funcionamiento de estos aparatos, lo que en las personas se convierte en conexión entre mente, cuerpo y espíritu. La función de la matrona, elegida casi siempre por la propia mujer, consistía, por tanto, en favorecer la conexión, actuando con un “derroche de sentido común”¹⁰⁶. La comadrona, que volvía también a la casa durante el puerperio, se convertía entonces, a menudo, en una más de la familia, en objeto de afecto y cariño que compensaba con creces los muchos desvelos y el trabajo mal pagado. Una visión un tanto idealizada del pasado inmediato, cuya memoria pretende devolver

¹⁰³ *Nacer en Casa. Boletín Informativo* n° 8, mayo 1996, Nota a su traducción de “Mujeres modernas; procedimientos antiguos”, extracto de un artículo publicado en Ontario, sobre la nueva reglamentación de la profesión de matrona en Canadá.

¹⁰⁴ Me refiero, aquí, a cuatro textos mecanografiados: “¿Cómo se paría en Madrid hace nada más que 50 años?”, “Historia y papel de la matrona”, “Un poco de historia” y “La mujer y la matrona”.

¹⁰⁵ En “¿Cómo se paría en Madrid hace nada más que 50 años?”.

¹⁰⁶ Expresión utilizada en “¿Se puede todavía parir en casa?”, texto de la ponencia presentada en el V Congreso de Matronas, *Nacer en Casa. Boletín Informativo* n° 6, Noviembre 1995, p. 29.

a las nuevas generaciones, le impide ver, no obstante, que las mujeres no siempre elegían libremente dedicarse exclusivamente a la maternidad y a las múltiples tareas de cuidado. Su acertada crítica a los engaños de la presunta “liberación de las mujeres”, que interpreta como adecuación a un modelo económico en el que los tiempos de producción, la rapidez y la efectividad constituyen las líneas guía de la acción (Ruiz 2009: 56 y 67), su desaprobación por la infinita jornada laboral de las mujeres, obligadas “a ir, siempre a todo correr, de un sitio para otro, sin tiempo ni sosiego para nada”, conduce, así, a una repropósito del modelo de complementariedad dual de los sexos, que ve en el amor y en los cuidados las misiones olvidadas de las mujeres, y en la maternidad y la familia sus “tareas ancestrales”. Sus soluciones, por tanto, se distancian netamente de las feministas¹⁰⁷, aunque defiendan una vivencia del parto como algo que ni necesita ser delegado, ni necesita ser doloroso, oponiéndose, en este caso, a la aceptación abnegada del dolor tan típica de la época en la que ella asistía.

Que las mujeres sean protagonistas de sus partos y que, además, aprendan a no sufrir en ellos, son los motivos centrales de las luchas de Consuelo Ruiz. Su defensa de la profesión de matrona resulta ser, en último término, una defensa de una vivencia no dolorosa, placentera y total, es decir no delegada a profesionales ni a maquinarias, del parto. La sencillez y la convicción mostrada en sus explicaciones, expuestas a través de testimonios y anécdotas, han servido y siguen sirviendo a muchas mujeres:

Lo que hice fue averiguar qué me impedía [...], cuáles eran mis miedos, y quitármelos como pude. Que fue leyendo a Consuelo Ruiz, a los libros de Consuelo Ruiz. Se me quitaron simplemente con leer el primero, vamos [ríe] [Juana, 41 años].

Asimismo, ha representado una fuente de seguridad y confirmación a la hora de tomar la decisión de parir en casa:

Y he leído por supuesto de Consuelo Ruiz, todos los [...], bueno, muchos de sus libros, y para mi ha sido fundamental, porque es como [...], para mi ha sido como descubrir a una persona, ¿sabes? que me parece estupenda, entonces me ha hecho como encariñarme de esta persona, y entonces es como que confío en esta persona [ríe], ¿sabes? Aunque no la haya conocido, entonces es como todos sus testimonios, toda su experiencia, me ha parecido una cosa [...], ¿sabes? para mi ha sido como un descubrimiento, entonces es como si me hubiese ayudado, ella me ha ayudado a decidir [Pepa, 36 años].

Si para Consuelo Ruiz su trabajo era una vocación y mejorar las condiciones del parto su misión y, en definitiva, su propia vida, no sorprende el fervor con el que se dedicó a difundir las técnicas

¹⁰⁷ Sostiene, además, posturas antiabortistas (Ruiz 2008 [1998], 2009).

psicoprofilácticas. Para ella el parto podía no doler, lo había estudiado y lo había comprobado con varias mujeres, y por tanto debía no doler. El medio para ello era el conocimiento, transmitir cómo funcionaba fisiológicamente un parto, para desactivar el miedo que producía tensión muscular y dolor. Con la seguridad de una veterana y la curiosidad de una niña empezó a relacionarse con quienes “volvían” a los partos en casa. Pronto la nombraron “presidenta honorífica” de la Asociación Nacer en Casa, en la que participó activa y desinteresadamente durante años. Si bien existen importantes diferencias entre su visión del parto y la que iba afirmándose entre las que empezaban a asistir nuevamente en casa, Consuelo Ruiz generaba respeto por su inmensa experiencia y representó un pilar para cuantas se iniciaron en la asistencia domiciliaria, intentando reconstruirse constantemente, rompiendo los rígidos moldes de su formación y de la práctica hospitalaria de su época. En palabras de una de ellas:

Pues cada vez que fuimos rompiendo este molde, hasta que llegamos a las trece horas máximas que yo he llegado en expulsivo, era como estar con el alma en vilo constantemente, porque no sabías si estabas retando al destino, a la naturaleza, o era simplemente natural pero esto no se había contemplado nunca, o qué, porque habíamos perdido algo fundamental, que era el eslabón de las antiguas comadronas. En esto fue importantísima la figura de Consuelo, porque Consuelo nos hizo de memoria, en este sentido, de lo que era normal en su tiempo. [...] Entonces ahí Consuelo fue un referente que nos impulsó mucho, desde sus 80 y muchos años, cuando la encontramos, ¿no? Porque ella nos hablaba de que los tiempos no eran importantes, por primera vez veíamos en persona a alguien que nos aseguraba esto, ¿no? [Isabel, 57 años]¹⁰⁸.

En este sentido, Consuelo representó “el eslabón perdido”, la encarnación de la posibilidad real de un parto en casa, con tiempos muy variables y sin apenas intervención de la matrona. Ya no se trataba solamente de leer libros y de contar con criterios holandeses o de médicos franceses. Existía una persona en carne y hueso que había asistido muchísimos partos en casa, que estaba muy dispuesta a contarlo, y que además consideraba el domicilio *siempre* la mejor opción para una mujer sana. Entre las diferencias que la separaban del colectivo de matronas que empezaban a volver a la asistencia domiciliaria, destacan: la convicción de que la casa constituye siempre el mejor lugar para un parto, si el embarazo no presenta patología (postura matizada para poner en el centro la decisión de cada mujer y su sensación de seguridad); su negación absoluta del dolor, como algo evitable y por lo tanto a evitar (mientras que para las “nuevas” matronas se trataría, más bien, de una posibilidad que, más que negar, es importante resignificar, teniendo en cuenta también otras dimensiones); y, por último, la prioridad que daba al conocimiento de los mecanismos del parto y a la acción de la mente sobre el cuerpo, puesto que en los seres humanos ya no consideraba posible

¹⁰⁸ El desplazamiento progresivo de los límites temporales para un parto en casa procedió en un sentido opuesto al acontecido en hospital, en el que se habían ido progresivamente acortando los tiempos considerados normales para cada fase (Wagner 2001b: 13, Narotzky 1995: 60-61).

una vuelta a un comportamiento instintivo-animal (mientras que en los documentos consultados, en cambio, se habla de “dejarse ir”, de capacidad de “abandono”, de no controlar racionalmente, de dejar actuar o escuchar el cuerpo). Con todo, no representaron diferencias infranqueables en la lucha común por el reconocimiento de la validez del parto en casa. Al contrario, la fuerza de esta mujer diminuta y paralítica, de esta “vieja irascible”, como a menudo se define, sirvió de aglutinante y de invitación constante a seguir nadando a contracorriente:

Y luego allí hemos bebido de una fuente muy importante también que es Consuelo Ruiz, que es una comadrona muy mayor, que ya se murió, se murió a los 92 años, que fue la que a nivel político y social era la que mantenía el bastión del parto natural en casa, y que las mujeres éramos inteligentes y que no necesitábamos tanta intervención. Entonces yo la conozco a ella cuando entro en Nacer en Casa [Francisca, 53 años].

Consciente del lugar minoritario de sus posturas, en un contexto en el que adquirirían una importancia paulatina los aparatos tecnomédicos, Consuelo Ruiz no solamente no se desanimaba y seguía participando en eventos de todo tipo, sino que animaba además a las más jóvenes a hacer lo mismo, a estar presentes en todos los foros posibles, a defender colectivamente, a través de la Asociación Nacer en Casa, una causa que para ella fue toda su vida. Se puede suponer, en efecto, al leer sus textos, y sobre todo los Boletines de Nacer en Casa, que no solamente ella fue una maestra y una antecedente, sino que la Asociación y sus socias le aportaron nueva linfa vital, fueron un refugio y el motivo de una renovada esperanza en un cambio de trayectoria en la asistencia¹⁰⁹. Su trabajo y su negación a rendirse se reflejan en los Boletines que ella coordinaba y confeccionaba de manera bastante artesana, recopilando textos, mecanografiando y traduciendo.

Irónicamente y desde el primer número presenta el boletín como un niño debilucho, siempre en agonía y al borde de la muerte, mal alimentado por su vieja nodriza (ella misma), a base de alimentos congelados y de poca calidad que recibe por parte de la madre (las/los socias/os de la Asociación). De este modo pretende reprochar la poca participación y al mismo tiempo subrayar la importancia de mantener viva la comunicación entre las socias, saber las unas de las otras e ir avanzando en una misma dirección, para que el parto en casa volviese a tener un lugar en la sanidad y en la vida de las mujeres. Su trabajo gratuito y generoso para la Asociación parece haber sido compensado por el afecto, la simpatía y el respeto de todas, y también, innegablemente, por la alegría que significaba para ella saber que en distintos puntos del Estado había personas comprometidas con *otra* forma de atender partos. No eran muchas, ni todas igualmente militantes como ella, pero, en todo caso y sin duda alguna, conformaban un discreto “relevo generacional”. Resulta cuanto menos sorprendente, por tanto, leer, en una introducción a un recopilatorio póstumo

¹⁰⁹ Entró en la Asociación en 1991 (*Acta de la reunión de 19-20 de Enero, Barcelona*).

de textos de Consuelo Ruiz (2009), las palabras de una psicóloga que se proclama su discípula, y que niega explícitamente las relaciones de respeto recíproco y complicidad que Consuelo mantuvo con otras matronas, metiendo a estas últimas en el mismo saco, el de la asistencia hospitalaria hiperintervenida, y obviando así todo el trabajo de las que se dedicaban a la asistencia domiciliaria y para las que Consuelo fue una maestra y una compañera:

Para Consuelo fue duro, media vida tratando de defender el parto de los médicos y los psicólogos y tuvo que conformarse con nosotros, cuando lo que ella quería eran comadronas (Suanzes 2009: 24).

Los lazos profesionales y afectivos que la unían a las matronas más jóvenes, claramente expresados en los boletines que ella misma editaba, además de en las entrevistas realizadas a matronas que la conocieron, quedan así borrados de un plumazo. El indiscutible carisma de esta figura, así como la sencillez y el tono coloquial de sus explicaciones¹¹⁰, hacen que resulte especialmente atractivo autonombrarse como su sucesor o sucesora, en un momento en que además la asistencia hospitalaria está siendo objeto de numerosas críticas. Así, en un blog de reciente creación¹¹¹, en el que se comparten textos y vídeos de Consuelo Ruiz, la pestaña “Discípulos” reenvía exclusivamente, y no menos sorprendentemente, a la página web promocional de un ginecólogo y psiquiatra que ofrece asistencia domiciliaria al parto.

La plusvalía simbólica de Consuelo Ruiz sirve así de carta de presentación, su nombre se usa para promocionar servicios que incluyen tecnologías prenatales como la ecografía 4D, cuyo empleo ella, muy probablemente, no podría entender. Mientras tanto, comadronas que trabajaron codo a codo con ella, presas en la vorágine de un empleo que requiere gran dedicación temporal y una inversión de energía importante, mantienen en estado embrionario proyectos de publicación sobre las aportaciones de esta figura a la asistencia domiciliaria. Y, sin embargo, consideran todo lo aprendido de y lo legado por esta comadrona octogenaria un regalo y una muy valiosa contribución a su propio trabajo:

Pero es que siempre ha sido silenciado su trabajo, los libros que escribía se publicaron apenas, publicamos nosotros a través de una editorial. Es decir hay un material que ella tenía, que nos traspasó de forma oral y de forma escrita, pero no publicada, que nosotras lo asumimos, pero como una riqueza es decir esto es el traspaso, vamos [...] [Francisca, 53 años].

En definitiva, Consuelo Ruiz interpretó con gusto el papel de memoria colectiva, de enlace con las matronas que asistían en casa antes de la afirmación y difusión capilar del parto hospitalario. Pero

¹¹⁰ Un buen ejemplo de ello es la *Cartilla para aprender a dar a luz*, Ruiz 2008 [1998]).

¹¹¹ <http://consueloruizvelezfrias.blogspot.com.es/>, consultado en agosto de 2015.

también representó, en vida y después, a través del recuerdo y de los materiales que dejó, una invitación a no desistir en la lucha por un parto más digno y, lo que no es menos importante, a no convertirse nunca en “nuevos salvadores”, recordando una y otra vez que la protagonista debe ser quien da a luz y no quien la asiste. Una invitación que han recogido varias de las matronas andaluzas entrevistadas, dedicándose simultáneamente a charlas divulgativas, promoción de cambios a nivel institucional, formación de otras comadronas y trabajo a pie de calle con madres, padres y a veces también con grupos de mujeres, tanto gratuito como remunerado. Todo ello demuestra la importancia de esta figura no solamente como “enlace”, sino como modelo y como ejemplo, aunque no siempre alcanzable:

A mi me encantaría ser como Consuelo, y pelearlo hasta lo indecible, me encantaría. Pero bueno, no lo he hecho [Carla, 50 años].

Consuelo experimentó en su piel numerosas dificultades y discriminaciones por ser mujer, madre soltera, pobre, comunista y, finalmente, parálitica. Pero su existencia dramática está también en el origen de su perseverancia y de la importante función que tuvo en la transmisión de saberes silenciados por la prevalencia de un sistema de atención. Se ha pretendido devolver al menos un poco de su espíritu, su ironía, su fuerza, y también algo de su carácter, de sus modos exigentes y perentorios, junto con la complejidad de una herencia a veces discutible, a veces discutida por sus herederas de oficio¹¹².

¹¹² Tanto en discusiones reales, cuando estaba viva, como posteriormente, a través de la práctica profesional.

III. La atención obstétrica en Andalucía como campo conflictivo

Ruleta: juego de azar que consiste en lanzar una bolita sobre una ruleta en movimiento dividida en casillas numeradas y apostar sobre la casilla en que caerá la bolita.

(Real Academia Española)

La asistencia domiciliaria no se puede entender sin tener como marco de referencia la organización sanitaria que se ocupa habitualmente del seguimiento del epp. Por tanto, en este capítulo nos detendremos en las relaciones entre asistencia institucional y domiciliaria, proponiendo un análisis en tres niveles.

El primero expone algunas características generales de los servicios sanitarios andaluces, que permiten contextualizar las experiencias y las estrategias adoptadas por las personas entrevistadas, y sus opiniones sobre la atención recibida.

El segundo presenta el paradigma humanístico en la atención perinatal, en calidad de marco teórico actual de la asistencia al epp en el Estado español, cuya elaboración y promoción ha involucrado tanto a profesionales como a asociaciones de mujeres. Este marco, que promueve un mayor respeto por los procesos fisiológicos, refleja una tendencia internacional, que se ha venido desarrollando en Andalucía con la puesta en marcha de un proyecto específico. A partir de la propuesta teórica de la antropóloga estadounidense Robbie Davis-Floyd, se formularán algunas reflexiones sobre las distintas corrientes existentes en la asistencia al epp, subrayando los nexos, parciales y raramente explicitados, de la denominada humanización con algunas reivindicaciones feministas y con las propuestas provenientes del parto en casa. Se hará hincapié, además, en los diferentes usos que se hacen del concepto de humanización y en su reducido alcance en el contexto de estudio, ejemplificado por una herramienta muy concreta y algo ambivalente: los planes de parto.

Finalmente, el tercero trata de delimitar el campo de actuación legal y socialmente establecido para las matronas en el Estado español, subrayando la multiplicidad de significados que se atribuyen a términos comunes y la compleja articulación de las relaciones entre diferentes actores. En particular, por un lado, se ocupa de definir qué es aquel “parto normal” cuya asistencia correspondería a la matrona, recurriendo a distintas fuentes institucionales y de gremio (sociedades obstétricas y asociaciones de matronas). Por otro, presenta las polémicas generadas por una nueva figura: la doula. Confrontar las opiniones del Colegio General de Enfermería con las de las

matronas que asisten en casa proporciona válidos elementos para repensar, en una versión más actualizada, cómo se reproduce el monopolio del conocimiento legítimo.

Se pretende, en definitiva, visibilizar la enorme complejidad que caracteriza el campo de la asistencia al epp, a través de un cruce entre el análisis de la documentación producida por distintos actores institucionales, y los discursos de mujeres y matronas. Es precisamente la gran variabilidad de significados que se atribuyen a palabras recurrentes, y de prácticas correspondientes, la que constituye el trasfondo de las experiencias hospitalarias de epp, y que, al mismo tiempo, hace que parir en casa se considere un asidero para salir del magma de definiciones y prácticas, evitando, en la medida de lo posible, y al menos para el momento del parto, que la asistencia se convierta en un juego de azar, en una ruleta de resultados imprevisibles. En efecto, las personas que han sido entrevistadas para este trabajo, vinculan repetidamente al azar o a la suerte la satisfacción con la asistencia recibida, hablando en términos de casualidad y de fortuna cuando se respetan decisiones, deseos, necesidades y tiempos personales. Se mostrará, pues, cómo, en el territorio de estudio, la “libre elección”, tan a menudo relacionada con las opciones reproductivas previas -el si y el cuando de la concepción- más que con las experiencias de embarazo, de parto y de posparto, se encuentra más que mermada por una serie de circunstancias que, lejos de ser azarosas, dibujan un panorama altamente conflictivo.

1. Diferencias en la atención: aspectos determinantes y problemas percibidos

La gran variabilidad de discursos y prácticas internos a la Obstetricia es un hecho tanto diacrónico como sincrónico. No solamente se observa una gran variabilidad de una época a otra, en un desarrollo en absoluto lineal, sino que, lejos de llegar a consensos médicos generalizados, casi siempre la presencia simultánea de tendencias muy diversas hace de esta rama de la biomedicina un campo para nada unitario, y al contrario caracterizado por múltiples controversias y especialmente ligado a intereses que tienen poco que ver con el siempre proclamado bienestar materno-fetal. Así, por ejemplo, en el México del siglo XIX la mayoría de obstetras mantenían una postura antintervencionista, aconsejando una “tranquila y prudente asistencia” caracterizada por la “calma y la espera” paciente (Cházaro 2004: 39). En ella también incluían las versiones manuales, prácticas muy parecidas a las que, aplicadas por parteras, eran calificadas de “absurdas e irracionales” (*id.*: 40). La unanimidad en limitar el uso del fórceps a casos extremos y el desacuerdo sobre cómo y cuándo utilizarlo en un parto cedieron el paso, hacia final del siglo, a un empleo más habitual frente a la sospecha de pelvis “estrecha” o “acorazada”, supuesto defecto de la población femenina

mexicana. La adopción de esta tesis de la pelvis “viciosa”, reflejo de “las inquietudes raciales y de género de la época” (*id.*: 50), conllevó no solamente un abuso instrumental sino que sirvió para minimizar los errores obstétricos, atribuyendo los eventuales fracasos a esta condición femenina hereditaria que dificultaba su función (*id.*: 47). Este instrumento permitía pues corregir un “vicio de conformación” que, en último término, solo podía desaparecer con un mestizaje completo, con una educación y una higienización de la población, que posibilitaran alcanzar los niveles de civilización europeos (*id.*: 49). Al otro lado del Atlántico, y unos siglos antes, los inventores del fórceps intentaron durante tres generaciones especular sobre su invento, recurriendo también al engaño (Rich 1996 [1978]: 218-220). A partir de su amplia difusión, en el siglo XVIII, matronas como la inglesa Nihell arrojaron críticas muy duras contra esta herramienta potencialmente dañina (*id.*: 223), con una actitud altamente defensiva en una época en la que su trabajo se veía claramente amenazado por el avanzar de los cirujanos (*cf.* cap 2). En el siglo XXI, en una ciudad cualquiera del Estado español, la intersección de diversos ejes de discriminación hacen más fácil practicar un “fórceps docente” en una joven limpiadora inmigrante y soltera:

[...] una mujer sudamericana, empleada de hogar, con veinte y tantos años, que se fue a parir solita, era madre soltera, con su compañera de habitación, y la aprovecharon, para practicar fórceps los estudiantes, cuatro estudiantes le practicaron el fórceps a la niña, está grabado el testimonio de la compañera de habitación, de cómo le iban dando indicaciones, y hay un momento en que la médica le dice: “así no”, la tutora, que le puedes romper la cabeza. Y se la rompieron. [Francisca Fernández Guillén, abogada].

Este breve y espeluznante relato, tristemente no tan excepcional, junto con este salpicado de ejemplos relativos a un solo instrumento médico no pretende dar lugar a un análisis sistemático. Más bien, es emblemático de la gran diversidad de opiniones y de prácticas que se generan en Obstetricia y que muy a menudo dependen de juicios morales, intereses económicos o sociopolíticos, o están claramente teñidas por marcas discriminatorias. En lugar del fórceps otras prácticas, como la versión podálica, u otros cambios, como en los estándares de tiempo, podrían cumplir exactamente la misma función metonímica.

Las diferencias en la atención al embarazo parto y posparto no constituyen, por tanto, nada de excepcional. Al contrario, la Obstetricia parece caracterizarse como campo conflictivo por excelencia, incluyendo, desde sus albores, posturas y prácticas muy distintas.

Basta con una ojeada al informe generado por el proyecto EURO-PERISTAT (*European Perinatal Health Report* 2013), que pretende recopilar cada cuatro o cinco años datos sobre la salud materno-infantil en los países europeos, para darse cuenta no solamente de la gran variedad de las actuales prácticas en la atención, sino también de la no accesibilidad a muchas informaciones que,

simplemente, no se registran en algunos países. Así, por ejemplo, para la episiotomía se aprecian diferencias enormes, que van de tasas alrededor del 70% (en Portugal, Rumanía y Chipre) al 4.9% de Dinamarca, lo que demuestra variaciones en la práctica clínica y también en la incorporación de las recomendaciones internacionales, contrarias a su uso rutinario¹. Para el Estado español, además, faltan una gran cantidad de datos, ausentes del todo para el sector privado o a menudo referidos solo a la Comunidad Valenciana, y en menor grado a Cataluña, lo que lleva a preguntarse por la definición misma de salud perinatal.

Efectivamente, la salud perinatal o materno-infantil parece limitarse, en documentos relativos al Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2009, 2012 y 2014) exclusivamente al recién nacido, a través de tasas de mortalidad neonatal y perinatal, y algunos indicadores de morbilidad, referidos al peso al nacer y a la alimentación exclusiva o parcial por amamantamiento materno². Más raramente se menciona la mortalidad materna, como cuestión a tener en cuenta, básicamente por el considerable aumento de embarazos en mujeres mayores de 35 años (García Armesto et al. 2010)³. Se trata, por tanto, de una visión de salud reduccionista, incluso desde el punto de vista biomédico, como es dramáticamente evidente en el caso de la salud de las mujeres, cuya mención en los títulos no implica ningún desarrollo posterior. No se alude a la evolución del embarazo y del parto, a porcentajes de intervenciones y a sus consecuencias, ni a la recuperación posparto, a posibles malestares o dificultades en la lactancia. Por no mencionarse, no se menciona absolutamente nada, como si pudiese reducirse todo a una alabanza del descenso progresivo de la mortalidad infantil⁴.

A la luz de estas carencias, sólo en parte suplidas por el trabajo implementado a partir de la *Estrategia de atención al parto normal* (2007), en la que se ahondará en páginas siguientes (epígrafes 2.2 y 2.3), no sorprende la no comparabilidad de datos entre un país y otro, ni la evidente escasez de informaciones, con pocas excepciones autonómicas.

¹ En el Estado español se aprecia una reducción considerable, calculándose un 43% de episiotomías en partos vaginales, que viene a sustituir el casi 70% de 2004.

² El apartado 5 del informe periódico sobre el estado de salud en España, dedicado a “salud materno-infantil”, se divide, significativamente, en los siguientes epígrafes: Mortalidad infantil, Nacimientos según la edad de la madre, Nacimientos según el peso del recién nacido, Lactancia materna, Interrupción voluntaria del embarazo, Vacunación infantil. No se menciona ningún factor que pueda asociarse a la salud de la madre, a excepción de su edad al quedarse embarazada, ni se utilizan parámetros biomédicos bastante más completos para determinar la salud al nacer (como el extremadamente difundido test de Apgar). El último de estos informes es de 2014 (*Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*, en particular pp. 153-176).

³ *España: Análisis del Sistema Sanitario 2010. Health Systems in Transition*, pp. 31-32.

⁴ La mortalidad infantil, un indicador que se define como “el número de nacidos vivos muertos antes de cumplir 1 año, en un área geográfica determinada durante un año, por 1.000 nacidos vivos en esa área geográfica durante ese año” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2014: 153), se considera en varios documentos un importante indicador del estado de salud de la población, suplantando muchas veces otro tipo de informaciones concernientes la salud materno-infantil. Así es en los informes mencionados en las notas anteriores y en el último relativo al Sistema Nacional de Salud, editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2012.

Por otra parte, las diferencias en la atención en el Estado español, dentro de un modelo sanitario descentralizado en el que las consejerías regionales de salud tienen la principal jurisdicción sobre la organización y la prestación de servicios sanitarios en su territorio, señalan la existencia de distintas políticas. Siguiendo a Adela Recio (2015: 13-14), lo que hace que la tasa de cesáreas de la Comunidad Valenciana doble la del País Vasco (la primera llega a un 30%; la segunda, con su 15%, se acerca a la recomendada por la OMS) no son eventuales diferencias fisiológicas “entre las vascas y las valencianas”, sino políticas sanitarias específicas. En su análisis estadístico de las distintas intervenciones posibles durante un parto hospitalario, Recio evidencia cómo las probabilidades de pasar por una cesárea o por un parto instrumental (el que termina con fórceps, ventosa o espátula) o de que se practique la muy cuestionada episiotomía, cambian enormemente de una Comunidad a otra, alcanzando porcentajes especialmente elevados en los centros privados, allí donde se registran. Si el Estado español, comparado con otros países europeos, se caracteriza de manera general por su especial intervencionismo en los partos (*id.*: 19 y ss.), éste muestra sin embargo escasa uniformidad y, dicho sea de paso, no parece producir mejoras en términos de mortalidad perinatal⁵ que puedan justificarlo (EURO-PERISTAT 2013, Recio 2015: 22 y 26).

En esta línea de heterogeneidad extrema, que no apoya en ninguna base “científicamente” válida, en Andalucía varias cuestiones contribuyen a intensificar las diferencias en la atención proporcionada en el proceso de epp. Entre ellas destacan: la poca importancia atribuida a la Atención Primaria, más evidente en algunas zonas por la escasez endémica de matronas, y que sin embargo se refleja también en los tiempos reducidos de las consultas y en los contenidos variables de “preparaciones al parto” a menudo muy criticadas por las mujeres entrevistadas que han asistido a ellas; las diferencias entre hospitales, que produce un fenómeno como el aquí bautizado con el nombre de “turismo *partoril*”, consecuencia de la persistencia, en muchos centros, de prácticas nocivas y/o no recomendadas; la variabilidad interna de cada hospital, según factores múltiples y difícilmente controlables, como el momento del parto (día o noche, entre semana o fin de semana) o los enfoques de los/as profesionales presentes y que prestarán la asistencia. Por último, tiene lugar una guerra de baja intensidad de la que dan cuenta aquellas matronas que han intentado introducir cambios en estructuras que no los están promoviendo de manera sistemática y generalizada. Utilizar los conceptos de violencia interprofesional y de violencia obstétrica permite visibilizar la difusión y normalización de actitudes y comportamientos que son fruto y al mismo tiempo expresión de un modelo de atención y de una ideología particulares. Las experiencias personales de las madres y de

⁵ Es decir que las “cifras bajas” de la mortalidad infantil del Estado español (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012: 16) no resultan mejores que las de otros países que se caracterizan por porcentajes menores de intervenciones.

las matronas entrevistadas se interpretan, así, como signo y consecuencia de dinámicas generales y problemas estructurales.

1.1. La Atención Primaria: funciones y límites

Los Centros de Atención Primaria cumplen, al menos en teoría, la importante función de promoción de la salud, educación y prevención, defendida de manera clara y algo ambiciosa en la Declaración Internacional de Alma Ata⁶ de 1978 (Pizza 2005a: 95), en un momento en que el Estado español se caminaba en un sentido contrario, invirtiendo gran parte de los recursos en la atención especializada. Así, “para finales de la década de los 70, el desequilibrio entre la moderna red de hospitales y la incompleta red de atención primaria era abrumador a favor de la primera, tanto en términos de presupuesto como en lo referente a las infraestructuras y a los recursos humanos” (García *et al.* 2011: 40). Con la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas, que para Andalucía se realiza ya en 1984 (*id.*: 45), y con la Ley General de Sanidad de 1986, se empieza a defender un modelo de atención primaria que pretende implementar un sistema de promoción, prevención y rehabilitación en este nivel (*id.*: 43), cubierto actualmente por los Centros de Salud y los Consultorios Locales. El seguimiento tanto del embarazo como del posparto correspondería, salvo en los casos de detección de patología, a este nivel de atención, siendo la matrona la figura en teoría más apropiada para ello.

Precisamente para defender las competencias profesionales de las matronas, y con ello también su actividad, en 2010 la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) se posiciona con una declaración, pretendiendo su reconocimiento por parte de las Administraciones competentes, e invitando a tener en cuenta el marco jurídico europeo, su incorporación a la legislación española, la definición de la Confederación Internacional de Matronas y la aprobación del programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Orden SAS/1349/2009). En particular, el perfil de esta profesional sanitaria se define detalladamente en la Orden del 2009:

La matrona es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, *en su facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo*

⁶ A ésta siguió, un año después, otra declaración, la denominada *Selective PHC* (Primary Health Care), en una conferencia organizada por la Rockefeller Foundation, que reorientaba el enfoque de atención primaria hacia la intervención médica y tecnológica selectiva, basada en criterios de coste-eficacia, y dejando a un lado principios como el de la participación popular o la sostenibilidad local. A nivel internacional, el fracaso del proyecto de Alma Ata queda consagrado por el ingreso del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional en el sector sanitario y la introducción de los programas de ajuste estructural en los países “en desarrollo”.

recién nacido sano, hasta el 28 día de vida. El ámbito de actuación de las matronas abarca tanto la atención primaria (que incluye centros de salud, comunidad, familia y domicilio) como la Atención Especializada, (que incluye el hospital u otros dispositivos dependientes del mismo). Así mismo, las matronas pueden ejercer su profesión en el sector público y en el privado, por cuenta ajena y por cuenta propia [cursiva mía].

Si nos atenemos a las definiciones oficiales, la matrona parece una figura central a lo largo de la vida sexual y reproductiva de una mujer. Sus funciones en la atención primaria, en los ámbitos que interesan aquí, implican prestar “atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia” durante el embarazo y en el puerperio, detectando posibles factores de riesgo, derivando a otros especialistas si necesario, y realizando una adecuada educación para la salud” (*id.*).

Sin embargo, el reconocimiento legal no se traduce necesariamente en reconocimiento social y médico-administrativo. Por un lado, las mujeres suelen tener un primer contacto con una matrona solamente al embarazarse, y a menudo no hacen distinción alguna entre ella y otras figuras sanitarias, especialmente enfermeras, que las atienden. Por otro, parece bastante frecuente que sus funciones sean encomendadas a enfermeras o médicos de familias, con el objetivo de abaratar costes⁷. No siempre, por tanto, la característica fragmentación de la biomedicina encuentra aplicación, en una organización de las consultas que depende, cada vez más, de aspectos de gestión y de una destinación de recursos diferenciada por áreas geográficas y sectores de salud.

La falta de matronas, sobre todo en atención primaria, es un tema muy recurrente en las entrevistas y conversaciones con estas profesionales. En Andalucía, las que se dedican a este ámbito de la atención corresponden aproximadamente a un 22,8% del total de matronas contratadas por el Servicio Andaluz de Salud⁸. Evidentemente, no todos los Centros de Salud⁹ ofrecen la posibilidad de un seguimiento con una matrona, y las decisiones presupuestarias no siempre favorecen el relevo generacional:

[...] y si se jubila una matrona no la cubro, meto mejor a una enfermera que me hace guardias y me cubre diabetes, hipertensión y no sé cuánto, no [...], no *creen* en la matrona, la matrona: paritorio. Es una pena, porque las mujeres se pierden mucho en calidad [Roberta, 45 años].

⁷ Es lo que se desprende de los datos sobre el número de matronas empleadas en atención primaria, de las denuncias de las matronas andaluzas ante el Defensor del Pueblo (*cf. infra*) y de las propias observaciones de las profesionales entrevistadas.

⁸ Según los datos presentados en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_conocerSAS_personal y referidos al 2013. El total de matronas del SAS es de 891, de las que 687 prestan atención hospitalaria y 204 atención primaria. Cabe señalar que se trata de una media anual, que presupone cierta variabilidad entre un periodo y otro del año.

⁹ Se contabilizan 403 Centros de salud en el territorio de esta Comunidad Autónoma. <http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/centrosCA.do?metodo=busquedaCaC&comunidad=1>

Así, si la reproducción, y más en general la vida de las mujeres está particularmente expuesta a las definiciones y controles biomédicos, el personal al que se dirigen no tiene porque ser el supuestamente más formado para acompañarlas. Es ciertamente posible ver en este descuido una consecuencia de la infravaloración de las necesidades específicas de las mujeres¹⁰, como sostiene, entre otras, la médica Carme Valls-Llobet (2010). Pero la carencia de matronas en atención primaria se encuadra en una tendencia general, que va en un doble sentido. Por un lado, se priorizan los recursos tecnológicos y farmacéuticos por encima de los gastos para personal, externalizando determinados servicios y apostando por modelos mixtos, en los que participan empresas privadas en la sanidad pública, a través de procedimientos de licitación. Se trata de un modelo de gestión no exclusivo del Estado español, sino común a diversos países europeos (cf. Minelli 2012). Por otro, el hospital mantiene el lugar de referente último y superior, respecto a otros sectores de la sanidad. La “medicina predictiva”, que para el embarazo se manifiesta en una serie de exámenes y pruebas diagnósticas que asumen carácter de incuestionabilidad (cf. cap. 5), tiene por tanto clara primacía sobre el diálogo en el que en teoría se fundamenta la atención primaria, y que, para el caso que nos atañe, encontraría en la figura de la matrona su principal canal de expresión.

Poder hacer referencia o no a esta figura, depende, en definitiva, de donde se vive:

Hay muy pocas matronas de atención primaria en Granada, ¿eh? Muy poco. Menos todavía en Córdoba y en Almería está fatal. Sevilla es de lujo, pero es porque es Sevilla [risas]. Todos los recursos básicos se van a la capital [Alice, 42 años].

Asimismo, dentro de una misma ciudad la situación puede variar de una zona a otra:

Si vives en el Zaidín tienes matrona, pero si vives en el Realejo no tienes matrona¹¹ [Marga, 29 años].

Las matronas claramente no desempeñan todas las funciones previstas para ellas, sino que siguen dedicándose principalmente a la atención hospitalaria al parto, para la que existe, como se ha mostrado, un mayor número de plazas. Emblemático es el caso de Córdoba, donde la sustitución de estas profesionales por enfermeras es común. El Sindicato Profesional de la Enfermería SATSE-Córdoba ha denunciado la situación de esta ciudad en la que, para lo que se refiere a los Centros de Salud, sólo existen dos matronas para toda la provincia, es decir una “por cada 115.000 mujeres susceptibles de necesitar atención de la Matrona”, lo que la situaría “a la cola de Andalucía”¹².

¹⁰ Se trataría, pues, de una inadecuada atención a la salud de las mujeres, muy a pesar de recomendaciones a todos niveles, internacionales, nacionales y autonómicos, y del *I Plan de Igualdad* aprobado por la Junta de Andalucía en 2010, que reconoce el ámbito de la salud como una de sus líneas de actuación (en particular, línea de actuación 5).

¹¹ El Zaidín y el Realejo son distintos barrios de la ciudad de Granada.

¹² 25 de junio de 2015, en <http://cordoba.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/el-97-de-los-pueblos->

Situaciones parecidas a la de Córdoba se han presentado en otras provincias, produciendo protestas y reivindicaciones por parte del colectivo de matronas andaluzas, que han desembocado en quejas frente al Defensor del Pueblo, la primera referida a la provincia de Córdoba, y la segunda, más reciente, a toda Andalucía. En la resolución del Defensor del Pueblo¹³, la respuesta de la Administración, esto es de la Dirección General del Servicio Andaluz de Salud, se considera insuficiente y algo superficial. No solamente el número de matronas no ha aumentado como se había recomendado, sino que ha ido disminuyendo progresivamente con las jubilaciones. Presentar motivos como el descenso de la natalidad o la diversidad de distribución geográfica de ninguna manera puede justificar diferencias tan profundas entre, por ejemplo, las 3 matronas de Córdoba o las 4 de Almería, las 40 de Málaga y las 60 de Sevilla¹⁴. Es más, los informes administrativos demostrarían una escasa valoración de la especificidad profesional de estas figuras, aludiendo a la presencia de muchos otros importantes procesos asistenciales diferentes del embarazo, parto y posparto y a la sustituibilidad en atención primaria por otros profesionales igualmente capacitados, de enfermería general y medicina familiar. La conclusión que se deriva es que “las matronas resultaban cuando menos innecesarias en la atención primaria, quedando relegadas al proceso del parto, y con él a los destinos exclusivamente hospitalarios” (*id.*).

La falta de reconocimiento -efectivo y no solamente nominal- es una cuestión mencionada reiteradamente por las matronas entrevistadas, independientemente de sus condiciones laborales personales. A la escasez de puestos en atención primaria se acompañan otras críticas, en parte relacionadas con ésta. La sobrecarga laboral de quien se dedica a este tipo de trabajo es una de ellas. A veces cubren más de un centro y atienden a un número elevado de mujeres; están además obligadas a unos tiempos muy reducidos¹⁵, y a ocupar parte de la consulta con tareas de registro informático que les quitan minutos preciosos. Que las clases de preparación al parto no existan en todos los lugares, se ignoren por lo general las necesidades del posparto y no se incluyan visitas en la parte final del embarazo, estableciendo acudir al hospital en el caso en que se supere la fecha prevista (probable) para el parto, son otros de los problemas señalados.

Por último, aunque las matronas que trabajan en la asistencia domiciliaria estén profundamente

[de-cordoba-sin-matronas.](http://www.defensordelpuebloandaluz.es/node/10295)

¹³ Maeztu Gregorio de Tejada Jesús, *Resolución del Defensor del Pueblo Andaluz formulada en la queja 13/6808 dirigida a Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Servicio Andaluz de Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud. Relativa a: Recomendamos un estudio sobre la plantilla de matronas de Atención Primaria en Andalucía*, Sevilla, 10 de abril de 2015 (<http://www.defensordelpuebloandaluz.es/node/10295>).

¹⁴ Los datos mencionados se refieren siempre a toda la provincia.

¹⁵ Entre 10 y 15 minutos por consulta, salvo para la primera visita.

convencidas de que la calidad de la atención varía mucho según el tipo de profesional, no muestran reticencia alguna a hablar de incompetencia profesional de algunas colegas. Las mismas que defienden la necesidad de aumentar el número de matronas, admiten las consecuencias funestas de una formación inadecuada, que llega a producir importantes carencias en la asistencia:

En el Centro de salud del centro es que no hay nadie que te lleve la lactancia. O te la llevan pero no [...], no están formadas, vamos, es a la antigua usanza, ahí con tu grieta quédate y sufre [Roberta, 45 años].

Por un lado, los cambios a nivel legal y formativo, analizados en el capítulo anterior, conllevan diferencias importantes entre generaciones; por otro, la lentitud de la incorporación de las recomendaciones contenidas en diferentes documentos, junto con la no obligatoriedad de la formación continuada, dibujan un panorama muy variopinto, en el que cabe esperarse ciertas discrepancias entre las que sirven de modelos de referencia para las nuevas estudiantes¹⁶.

En definitiva, un denso entramado de factores limita de manera cabal las supuestas funciones de la atención primaria referida al embarazo y al posparto: no solamente la escasez de personal especializado, sino también la estructuración misma de las visitas, sus tiempos reducidos, sus contenidos estandarizados y basados en mediciones cuantitativas (peso y tensión, por ejemplo, se controlan en cada visita prenatal), junto con la poca importancia atribuida a la educación para la salud y a la fase de posparto, frente a la centralidad absoluta del hospital, contribuyen a generar cierta insatisfacción en las mujeres entrevistadas, y la percepción de poca utilidad de un itinerario asistencial y burocrático que muy a menudo se considera obligatorio e inevitable. A estos factores hay que añadir la desigual formación de las matronas, su actitud, también variable, en las consultas y su criterio didáctico, del todo personal, ya que no existen parámetros comunes para la “educación maternal”.

A la luz de lo expuesto, no sorprende que el encuentro con matronas más respetuosas y empáticas, más proclives al diálogo, y también más informadas sobre las recomendaciones de distintos organismos, se presente en los discursos de mujeres y parejas como un caso tremendamente afortunado. De acuerdo con las opiniones maternas, parecerían todavía muy válidas las observaciones de Uribe (1996: 42-43), según las que la atención primaria sería un ejemplo excelente de las comunes discrepancias entre aspectos normativos y empíricos, llegando a la conclusión de que “el discurso sobre atención primaria se mueve más en el mundo de los grandes deseos que de las realidades”.

¹⁶ El acceso al título de matrona prevé un sistema de Residencia, que consiste en prácticas en los servicios sanitarios, basadas en el seguimiento por parte de matronas experimentadas y en un aprendizaje que funciona en gran parte a través del ejemplo.

1.2. Variabilidad entre hospitales y turismo *partoril*¹⁷

Al pasar a analizar la asistencia hospitalaria al parto, se presenta una situación parecida por su profunda variabilidad. Inciden, en este caso, otros factores, a saber: las diferencias entre protocolos, el tamaño de los hospitales, el carácter público o privado de los mismos, y las funciones docentes que algunos desempeñan.

Los protocolos son documentos elaborados por los equipos profesionales de cada centro y que deberían favorecer la estandarización de la atención, de acuerdo con la última evidencia científica y reflejando el consenso entre profesionales. “Su objetivo”, según un informe ministerial, “es homogeneizar la atención al parto en el centro y facilitar la toma de decisiones de los/las profesionales” (MSSSI y OSM 2012: 85)¹⁸. Su contenido, por tanto, debería ser constantemente revisado y actualizado.

En realidad, al hablar de protocolo hospitalario, se hace referencia a una pluralidad de documentos, que pretenden responder en modo sistemático a la siguiente pregunta: ¿Qué hacer en caso de ...?

Así, se engloban indicaciones sobre la manera de actuar, tanto generales, desaconsejando o promoviendo algunas prácticas como el rasurado del periné, la aplicación de enema, la ingesta de líquidos, el acompañamiento por parte de la pareja u otra persona, las posturas en la dilatación y en el expulsivo, el uso de la anestesia epidural, como específicas, por ejemplo, en caso de una rotura prematura de bolsa amniótica, un estancamiento en la dilatación, o una presentación de nalgas.

El informe citado identifica cinco diferentes tipologías de protocolo. Éstas corresponden a las diferentes fases, que a menudo se desarrollan en diferentes espacios y con personal también cambiante: Protocolo de parto, Protocolo de puerperio o planta maternal, Protocolo de lactancia (en caso de no estar incluido en el de puerperio), Protocolo de neonatología o pediatría, y Protocolo de cesáreas (*id.*: 85). Cada hospital tiene sus propios protocolos que, aunque carezcan de valor legal (Fernández y Canales 2012: 20), no siendo vinculantes, constituyen un indicador de la incorporación de las recomendaciones a nivel de cada estructura. En la tabla que sigue a continuación, se reproducen los 12 puntos valorados en la mencionada revisión de protocolos (*op. cit.*: 85):

¹⁷ Se trata, evidentemente, de un neologismo, que hace referencia a una forma especial de turismo sanitario.

¹⁸ *Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. Este informe pretende evaluar la aplicación de la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (2007).

1. Recomendación de no practicar de forma rutinaria el rasurado del periné o simplemente ninguna mención de esta práctica
2. Desaconsejar la práctica rutinaria de enema o no mencionarla.
3. Permitir la presencia de una persona acompañante durante todo el proceso de modo ininterrumpido
4. Permitir la libre elección de la persona acompañante
5. Durante la dilatación hacer referencia a: a) facilitar la deambulación b) permitir la ingesta de líquidos c) evitar el uso de vía venosa periférica profiláctica
6. Mencionar las alternativas NO farmacológicas para el manejo del dolor
7. Aconsejar realizar pinzamiento de cordón después de cesar el latido
8. Respetar las fases del expulsivo y sus tiempos
9. Contacto precoz madre RN: 11 ítems específicos
10. Lactancia: 6 ítems específicos
11. Alojamiento conjunto madre-hijo siempre, salvo cuando exista justificación clínica para la separación. Es decir, no se contempla (o se excluye) la posibilidad de existencia de un “nido” o “nursery”.
12. Recomendación de fomentar y tener en cuenta el “Plan de parto”

Fig. 6 Tabla elaborada a partir del *Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*, MSSSI, OSM 2012.

De acuerdo con este informe, solamente un 15.5% de los hospitales españoles incorporarían todas las recomendaciones contenidas en la *Estrategia de atención al parto normal* (2007)¹⁹, documento sobre el que se volverá más detenidamente en el siguiente epígrafe, y que ha sido fundamental para la implementación de cambios en la atención al parto que proceden en un sentido de reducción de las intervenciones, estableciendo porcentajes ideales y máximos para el uso de determinadas técnicas o fármacos.

Las matronas entrevistadas insisten, además, en la importancia de la jefatura de servicio para determinar el rumbo de una Unidad hospitalaria, la de Tocoginecología, en este caso. El funcionamiento vertical de estas estructuras, muy a pesar de las definiciones jurídicas de la autonomía profesional y de un trabajo en equipo que respete las funciones de cada cual (Fernández y Canales 2012), hace de las figuras dirigentes unos elementos determinantes en establecer las

¹⁹ Hay que añadir, sin embargo, al menos un par de puntualizaciones. En primer lugar, los resultados más deficitarios no conciernen a todos los *items*, sino solamente algunos de ellos (en particular, evitar el uso de la vía venosa periférica y promocionar el empleo del plan de parto), resultando para lo demás bastante satisfactoria la adaptación (teórica) a los requerimientos. En segundo lugar, cabe señalar que no existen evaluaciones más recientes, siendo la que se menciona aquí publicada en el 2012 y relativa a datos del 2010. Las modificaciones progresivas de los protocolos, en todo caso, parecen constituir una de los resultados más tangibles de las recomendaciones ministeriales.

líneas a seguir, a veces independientemente de los protocolos escritos. La disparidad entre hospitales, que se trasluce de un análisis de protocolos, historias clínicas y resultados de una encuesta a mujeres (MSSSI y OSM 2012), queda por tanto confirmada y matizada en las entrevistas a matronas que a menudo han trabajado en diferentes centros de Andalucía.

En palabras de Jana, tres elementos influyen de manera determinante en las formas de hacer de cada hospital:

Es que no sólo cambian los niveles de intervencionismo [entre hospitales], sino que cambia la [...], la [...], como la autonomía que tiene la matrona para poder trabajar y para poder hacer su trabajo, y luego cambia [...] las relaciones que hay en el equipo que trabaja, ¿no? Yo creo que estas son las tres cosas que pueden hacer que trabajes mejor o peor [Jana, 41 años].

Estos aspectos se relacionan muy a menudo con la *tipología* de hospital. Las diferencias por tamaño de la estructura, de escasa importancia según el informe citado (*id.*: 70), cobran especial relevancia para las matronas entrevistadas, que identifican en los hospitales comarcales²⁰, más pequeños, con menos tecnología y por lo tanto no adecuados para la asistencia de partos de “alto riesgo”, los lugares más propicios a relaciones más directas y más respetuosas entre el personal, de número reducido y con una presencia menor de ginecólogos/as y de otros especialistas médicos:

Entonces en un hospital grande las comadronas se encuentran con muchas mas dificultades para hacer su trabajo. No solamente porque hay mas patología, que la hay, sino porque además hay muchísimos más médicos, muchísimos mas residentes, y muchísimas cosas que se hacen para todas las mujeres cuando no debería ser para todas [Francisca, 53 años].

Hay además otra cuestión, inequívocamente positiva según el informe mencionado (*id.*: 70-71), que para las profesionales entrevistadas es algo ambivalente: la acreditación como hospital docente y, por tanto, la presencia de “residentes”. Si bien parece plausible una mayor y más constante actualización en estos hospitales, a veces introducida por los mismos estudiantes, la porción más elevada de personal en formación, característica de los centros con un volumen mayor de partos, no se valora siempre como un aspecto positivo. Y no tanto o no solamente por la mayor posibilidad de intervenciones (muy especialmente la repetición de tactos vaginales), que pueden desembocar en casos extremos de mala praxis, sino por el clima que se genera. Al considerar la intimidad y la

²⁰ Parece no existir una definición clara de hospital comarcal. Se trataría, más bien, de un concepto muy amplio que incluye hospitales pequeños y medianos y que se utiliza en contraposición a los grandes centros universitarios, caracterizados por una mayor dotación de tecnología y personal especializado. El informe ministerial distingue entre cuatro diversos estratos, según volumen de partos, mientras que el Catálogo Nacional de Hospitales 2015 utiliza las siguientes variables para su clasificación: número de camas, función asistencial principal, dependencia patrimonial y funcional, concierto y acreditación docente (disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/introduccion.htm>).

concentración en el proceso como elementos fundamentales para dar a luz, la presencia multitudinaria de personas que entran, salen, miran, opinan, sean residentes, celadores, ATS (*Ayudantes Técnicos Sanitarios*), enfermeras, matronas, anestesistas o ginecólogos/as no puede más que distorsionar el desarrollo del parto. A veces la misma configuración espacial facilita esta falta absoluta de intimidad, que en ciertos lugares se ha podido solucionar, al menos parcialmente, con simples cortinas divisorias²¹.

En cuanto a las instituciones privadas, éstas ofrecen cuartos individuales equipados con todas las comodidades y en los que las mujeres pueden estar acompañadas por parejas, familiares u otras personas elegidas por ellas. Pero, por mucha intimidad que se consiga, se tratará casi seguramente de una intimidad altamente medicalizada, siendo las tasas de intervenciones considerablemente mayores en estas estructuras (Recio 2015)²². Quien acude a una clínica privada, por otra parte, es muy probable que lo haga para confiar su parto en las expertas manos de ginecólogos y matronas, en este orden, exigiendo que el sistema biomédico le evite todo riesgo y dolor (*cf.* Imaz 2010b). En palabras de una matrona, las mujeres que acuden a estructuras de pago buscarían una “confortabilidad hotelera”²³. Aquí, de manera un tanto paradójica, la figura del ginecólogo es tanto fundamental, ya que la organización depende de un listado de especialistas adscritos a la clínica, y a los que las mujeres han acudido previamente, como ausente. Cada mujer espera la llegada de *su* ginecólogo, el que le siguió todo el embarazo, y sin embargo éste, a no ser que se trate de una cesárea programada, llegará sólo en el momento final del parto, dejando que la matrona le comunique telefónicamente su evolución.

A las diferencias entre sanidad pública y privada, se añaden las acreditaciones específicas que señalarían aquellas estructuras que respetan determinados criterios en la asistencia al nacimiento. En particular, una iniciativa conjunta de OMS y UNICEF, la IHAN, Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, antes Iniciativa Hospital Amigo de los Niños²⁴, promueve nacimientos “más humanizados”, con un proceso de acreditación que se centra principalmente en los/as niños/as y en la promoción de la lactancia materna.

²¹ Una medida en apariencia tan poco significativa se interpreta en algunos hospitales como una pequeña conquista en pro de una mayor intimidad, ya que, sirviendo de barrera (efímera, esto sí, pero igualmente visible) obstaculiza la costumbre bastante difundida de hablar de un cuarto a otro entre profesionales [visita a un hospital público sevillano, notas de campo].

²² Recio hace referencia a los datos de la Comunidad Valenciana, la única que los publica también para la sanidad privada, pero considera muy plausible aplicar el análisis al resto de CCAA, para las que sí existen datos relativos a algunos indicadores específicos, como las tasas de cesárea.

²³ Aunque no puede negarse que estas estructuras resultan a menudo decididamente más acogedoras que hospitales públicos que ostentan entradas flamantes, de indudable efecto escaparate, que va desapareciendo al adentrarse en alas de maternidad escuálidas y frías, que parecen haberse quedado paralizadas en los años 80. Las observaciones, de carácter general, sobre el aspecto de hospitales públicos y privados unen informaciones de matronas y madres a las notas posteriores a las visitas en dos centros andaluces (*cf.* cap. 1).

²⁴ <https://www.ihan.es/>

Sin embargo, entre las personas que han participado en esta investigación, la fama de un hospital no se debe tanto a sus acreditaciones, que además no mencionan a la madre, y menos aún a un análisis de sus protocolos, que madres y padres desconocen, sino a las experiencias y opiniones de otras mujeres, conocidas, familiares o amigas. En las entrevistas se repiten algunos nombres de hospitales “amigos”, como el Costa del Sol de Marbella (Málaga), el San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén), el Inmaculada de Huercal Overa (Almería), o el hospital de Montilla (Córdoba). No es raro que se plantee la posibilidad de acudir a uno de estos hospitales para el parto, a veces pensando trasladarse a la ciudad donde están situados algunas semanas antes, tomándose unas vacaciones del trabajo, alquilando una casa, aprovechando propiedades de familiares o de amistades. Aunque finalmente esta opción quede descartada, en el caso de las personas entrevistadas al menos, mientras que se ha podido conocer directamente, a través de conversaciones informales, historias de “turismo *partoril*”, se va definiendo una fórmula de estancias breves que confirma de manera incontrovertible la ausencia de modos uniformes en la atención. Si se trata de experiencias particulares y de opciones que se plantean dentro de un grupo de informantes con características específicas, el turismo *partoril* puede sin embargo interpretarse como la consecuencia última del cuadro general de la asistencia al parto, presentado en este apartado. En todo caso, recurrir a un hospital de cierta fama no asegura del todo evitar el intervencionismo y recibir un mejor trato, como se mostrará a continuación, al incidir en cómo depende, en último término y sobre todo, del personal que toque en el momento del parto.

Por último, cabe señalar la existencia de otras estructuras, de momento inexistentes en el territorio andaluz y que también pueden constituir motivo de vacaciones breves para conseguir la asistencia deseada: las llamadas Casas de partos o Casas de nacimientos²⁵, centros que ofrecen una atención en muchos sentidos parecida a la domiciliaria, pero con la posibilidad técnica de hacer frente a algunas complicaciones *in situ*. La escasez de matronas que asisten en casa, además, aunque su número parece estar en aumento, también ha implicado, según las propias comadronas y entre algunas de las parejas entrevistadas, desplazamientos de un territorio a otro, y cambios domiciliarios más o menos temporales²⁶.

1.3. *Depende de quién*

Las vivencias de partos hospitalarios parecen estar íntimamente relacionadas con el personal que ha

²⁵ Señalamos que está terminándose la obra de construcción de una Casa de partos de próxima inauguración, en la provincia de Sevilla.

²⁶ Una de las entrevistadas se mudó, para su primer parto (hace aproximadamente ocho años), de Asturias, donde no existía la posibilidad de una asistencia domiciliaria, a Andalucía.

proporcionado la asistencia. Es así, al menos, tanto para las madres entrevistadas como para las que se han conocido en las reuniones de El Parto es Nuestro o en los grupos de preparación. Es opinión común que la atención recibida dependa, más que de la capacidad de expresar necesidades y deseos, y de negarse a determinadas intervenciones, del enfoque obstétrico, de la disponibilidad y de la actitud de quien esté de turno en el momento del parto. En algunas provincias, como en Sevilla y en Córdoba, se conocen e intercambian los nombres de aquellas matronas que se valoran por sus modos de actuar.

Y es que las diferencias internas a un mismo hospital, a pesar de las tendencias generales en las que se ha insistido anteriormente y que llegan a determinar la buena o mala fama de un centro, son dramáticamente evidentes en una disciplina, la Obstetricia, en la que las maneras de trabajar pueden variar enormemente, hasta devenir una cuestión de preferencias personales:

Es yo creo la especialidad con menos consenso que hay hoy día, es que a la hora de trabajar, según te pegas a unas profesionales o a otras, te van a enseñar a ver el parto de una manera o de otra, a intervenir o intervenir menos, hacer cosas de una manera u otra [Virginia, 30 años].

Por ello, también se considera a menudo el encuentro asistencial con personas afines a la propia visión del parto como algo que depende del azar, una “lotería” o una “ruleta”, que puede o no tocar en suerte, más que un derecho a que se respeten preferencias y decisiones.

Así, más allá de las políticas específicas de un hospital, las actuaciones y actitudes van cambiando conforme van cambiando las personas que allí trabajan. En los encuentros fortuitos con matronas particularmente empáticas, que consiguen cubrir la función de mediadoras con el resto del equipo, proporcionar explicaciones muy claras, respetar las decisiones personales y generar verdaderas alianzas con las mujeres que asisten, las pausas del trabajo (para comer, por ejemplo), los cambios de turno, o la necesidad de terminar en parto instrumental o cesárea, pueden generar un rápido cambio de escenario. Aún en aquellos casos de una muy buena valoración de la asistencia recibida y de la relación establecida, los momentos de ausencia de la matrona que está haciendo el seguimiento producen cierto desconcierto, por la entrada en escena de diferentes figuras, de poca clara cualificación y aún menos claras intenciones. Es bastante común, de hecho, que en las entrevistas o en los relatos en los grupos no se identifique la categoría profesional de quien atiende ni las motivaciones de su actuar, por no haber sido adecuadamente expresadas a la hora de prestar la atención.

Cabe señalar que en algunos casos se muestra plena conformidad con las intervenciones tecnofarmacológicas efectuadas, se consideran necesarias y se piden incluso. Pero esto no impide

criticar otros aspectos, que se refieren al momento, percibido como amenazador, en el que la matrona que acompaña (y que protege) sale para ir a comer o para atender a otras mujeres:

Y ya empezó a entrar por allí gente, y allí metieron la mano ya unos seis o siete [Emilio, 37 años].

Y ahora empezaron con los comentarios: ¿Pero este niño cuánto pesa? Es que no te has hecho la última ecografía. [...] Bueno, me llegaron a decir, la ATS que era allí de repente se puso a mirar mi cartilla de maternidad: oye, este niño está un poco desproporcionado, ¿no? porque la cabeza le mide tanto [...]. Vamos, yo esto ni me entero ni las quiero escuchar. Y decía la de a lado: anda, lo estás mirando mal, que no, que hombre, que está bien [Pepa, 36 años].²⁷

Esta pareja expresa su gratitud, también por escrito, en una carta al hospital (*cf.* anexos), hacia personas concretas, con nombres y apellidos (dos matronas, una enfermera o matrona, un ginecólogo), pero critica duramente la presencia multitudinaria de personas, los comentarios, las exploraciones vaginales repetidas, la falta de sensibilidad y el ensañamientos por detalles que considera del todo insignificantes, como la obsesión con mantener limpio un camisón:

Y solamente recuerdo una mujer muy pesada que quería ponerme un camisón limpio, y yo en este momento es que me daba igual, yo no quería un camisón [...], yo no, pero ella obsesionada con ponerme un camisón limpio, y no solamente con ponerme un camisón limpio, sino que no se me manchara el camisón limpio [Pepa, 36 años].

El *exceso de presencia*, una presencia a menudo enfrascada en tareas automáticas (Pepa utiliza un tono mecánico, de máquina o de robot en la frase, repetida, del “camisón limpio”), se agudiza en los partos instrumentales. En éstos, además de necesitarse efectivamente más personas, parecen dejar de tener importancia todas las recomendaciones seguidas para “partos normales”, como si al dejar de ser posible un desarrollo espontáneo y fisiológico, ya no fuera válido todo lo defendido, a través del discurso de la evidencia, para los partos no instrumentales. Así, en hospitales de renombre, en hospitales “amigos”, puede percibirse una separación en *bandos*: en el momento en el que se necesita un nivel mayor de intervenciones ya se abandona el “bando” con enfoque fisiológico o humanista para ser entregados al “bando” intervencionista o con enfoque de riesgo (*cf. infra*, epígrafe 2.1). Lo que debería ser un proceso gradual, en el que se intentan varias estrategias, de las menos a las más invasivas, que a veces resultan indispensables y vitales, puede convertirse, así, en un cambio total de trato, cuyas motivaciones parecen no tener otra base que el enfoque personal de quien interviene.

Sin embargo, también es cierto que la costumbre a la obediencia y a la delegación de

²⁷ Audio Grupo A de preparación al parto, encuentro posterior al último parto del grupo.

responsabilidades, común y durante mucho tiempo fomentada desde el sector sanitario, constituye la otra cara de la moneda. La incomodidad referida por algunas matronas que preguntan a las que les corresponde asistir qué es lo que quieren y se encuentran por respuesta silencios o una entrega total a su criterio, delata por un lado la persistencia de un respeto casi sagrado (en su sentido de incuestionable) hacia los/as representantes de la autoridad biomédica, que con su triunfo sobre otros sistemas médicos ha marcado profundamente la experiencia del epp y hasta el lenguaje con el que nos referimos a ella, y por otro el peso de unos modelos de género que describen la maternidad en términos de obligaciones y sacrificios (Diez 2000).

Los encuentros asistenciales previos y la “educación maternal”, es decir, lo que conforma la Atención Primaria en relación al epp, pueden confirmar e incrementar estos modelos, o bien cuestionarlos (*cf.* cap. 5).

En todo caso, aunque numerosos estudios etnográficos han demostrado que es muy difícil que se de una conformidad plena a los mandatos médicos (*cf.* Pizza 2005a), utilizando el concepto de *agency*, y puesto de relieve la frecuencia del pluralismo médico y de formas de autocuidado (Menéndez 2005), el parto sigue representando para la mayoría un “asunto de expertos”. Lo más frecuente entre las madres, de acuerdo con otras autoras (Imaz 2010a, b; Montes 2007, 2010; Blázquez 2009, 2010), parece ser expresar algunas dudas y leves resistencias, pero sin un cuestionamiento fuerte ni un rechazo (explícito o encubierto) de procedimientos y fármacos prescritos. La incorporación del discurso médico para definir el epp se hace especialmente evidente en el momento de dar a luz. Lo que para algunas antropólogas, como Imaz (2010b), es también una instrumentalización del sistema biomédico, al que se delega toda responsabilidad, creemos que no constituye, en este caso al menos, un motivo de empoderamiento y autonomía, como bien podría ser el delegar tareas históricamente feminizadas. Al tratarse de procesos corporales por definición intransferibles, no asumirlos como propios implica aceptar y fomentar lo que Illich (1984 [1976]) denominaba “dependencia inhabilitante”.

Las mujeres que han participado en esta investigación forman parte de un círculo minoritario. Sus opciones, profundamente críticas hacia el manejo biomédico común del epp, son marginales, correspondiendo a las que, en otros estudios, centrados en experiencias hospitalarias, conforman una mínima parte, cuya actitud ha sido definida, y no es baladí, “feminista”²⁸ (Montes 2010: 196). Cómo se articula la asistencia depende, en última instancia, de quién, tanto profesional como usuaria, participa en la relación asistencial. Pero las posibilidades de agencia, más amplias en el

²⁸ El atributo de “feminista” es, por otra parte, muy poco habitual en las entrevistas. Las matronas se refieren a menudo a estas mujeres como “concienciadas”, por su actitud generalmente crítica e investigadora.

embarazo y en el posparto, se reducen considerablemente para las madres en el parto, momento de mayor vulnerabilidad y menor capacidad negociadora (cf. cap. 6).

Finalmente, las marcadas diferencias entre profesionales no están desprovistas de consecuencias que van más allá de la atención, aunque también, evidentemente, incidan en ella. Las diferencias en la visión del parto y en la manera de trabajar desembocan con frecuencia en situaciones de tensión y de conflicto. Si los cambios hacia un menor intervencionismo, impulsados desde arriba, o sea a nivel de gestión, tienen una historia larga, estando ligados sobre todo a voluntades personales, y son también cada vez más generalizados a nivel teórico, las posturas de las jefaturas de servicio y/o de colegas de trabajo pueden también caracterizarse por cierto conservadurismo, no coincidiendo con las recientes propuestas de reforma, a cuya difusión han contribuido de diferentes maneras las propias matronas entrevistadas. Se generan, por tanto, divisiones entre profesionales, estrés laboral, enfrentamientos abiertos o encubiertos y un malestar más o menos profundo. El clima de tensión del que las matronas hablan en las entrevistas se percibe en las miradas cansadas, en las frases a medias, en los comentarios velados sobre situaciones que resultan difíciles de gestionar.

De manera general, se configura un *continuum* que va de una atmósfera algo pesada, como de sospecha constante, y de malestar difuso, a casos de enfrentamiento directo. Ahora bien, si el enfrentamiento directo resulta algo infrecuente, por distintas razones, las situaciones de tensión y de desasosiego son bastante más comunes, en una especie de guerra de baja intensidad cuya existencia no se ve e incluso se niega. El siguiente epígrafe se dedica a este *continuum*, que se ha denominado *violencia interprofesional* (que actúa entre profesionales sanitarios, tanto de la misma especialidad, como entre especialidades distintas), anticipando e introduciendo el siguiente, que se centra en la *violencia obstétrica* (dirigida contra las usuarias). Se utilizarán las narraciones de las matronas y de las madres entrevistadas, sus experiencias y sus estrategias, pero las violencias sufridas por éstas se interpretan como producto de un sistema organizativo y de un conjunto de ideas y de valores.

1.4. Violencia interprofesional

Con este término se hace referencia a una serie de comportamientos y actitudes que producen un estado de malestar más o menos agudo, y que es posibilitado, fundamentalmente, por diferencias de poder, sea por ocupar un lugar más bajo en la jerarquía médica, sea por adoptar una posición minoritaria dentro del propio grupo profesional, en un hospital determinado. En efecto, los casos de enfrentamiento abierto, de conflicto manifiesto entre profesionales parecen más bien raros. Algunas

los consideran contraproducentes o piensan que podrían tener efectos negativos sobre las mujeres asistidas; y otras, sencillamente, afirman no ser “muy peleonas”, y preferir callarse. Entre las matronas entrevistadas, las que sí han llegado a sostener firmemente sus posturas a menudo no han podido hacerlo durante mucho tiempo, y han preferido dejar totalmente la asistencia hospitalaria o cambiar de estructura. Pero la gran mayoría tiene que hacer frente a una situación de violencia subterránea, cotidiana, y para la que se elaboran diferentes estrategias que permiten sobrevivir en un medio hostil, sin tener necesariamente que cambiar de lugar, e incluso avanzar en lo que se considera una labor lenta y constante de generación de cambios en la atención. Algunas matronas, además, son capaces de producir con el tiempo admiración, simpatía y respeto en el resto del personal, por su habilidad y su autonomía para resolver situaciones diversas. Sin embargo, todas ellas han vivido en algún momento, en distintos niveles, y de manera más o menos continuada, las consecuencias de esta violencia no física, pero igualmente eficaz.

En las entrevistas abundan palabras de decepción, enfado, tristeza, sufrimiento, frustración, en la descripción de situaciones muy variadas, que van desde una falta de respeto personal y a nivel laboral, a acusaciones falsas, al uso de un tono despectivo, al aislamiento como forma de castigo. Las reacciones son igualmente muy variadas, aunque se den dentro de unos límites establecidos por la configuración misma de la asistencia hospitalaria, que no dejan mucho margen a la acción, menos aún si se trata de estudiantes residentes o de personal con contratos temporales o a tiempo parcial. Así, al lado de llantos, depresión, “queme”, pasarlo mal, sentir miedo o tener la sensación de estar constantemente bajo presión, algunas técnicas, como la mentira, la soledad voluntaria, el actuar a escondida o de noche, ignorar las críticas directas o indirectas, asumir la imposibilidad de un cambio profundo y decidirse por pequeñas estrategias más efectivas a corto plazo, permiten sobrellevar el trabajo y al mismo tiempo protegerse emocionalmente.

Se puede, por ejemplo, sonreír y ocultar parcialmente la verdad, o mentir directamente, fingiendo cierta ingenuidad y con buenos modales, como en el caso que se menciona a continuación, en el que dejar que una mujer termine su parto en la habitación, sin trasladarla a otro espacio, el “paritorio” donde se lleva a cabo habitualmente el expulsivo, se oculta bajo la excusa de la impredecibilidad de los tiempos, pero siempre con “buen rollo”:

Entonces, pues, bueno, a veces te miran raro: ¿es que no te ha dado tiempo? Digo: pues es que la verdad que pensaba que iba a tardar menos. Que tú intentas irte, quitarte, pero con buen rollo siempre [Verónica, 36 años].

En otros casos, se manifiesta una resignación consciente por el contexto laboral que ha tocado en suerte, en el que la dureza de no compartir visiones y formas de trabajo se convierte en una

asunción digna de la propia marginalidad, asunción que no niega sino que reafirma una diversidad considerada válida o más válida de la práctica común:

Entonces al principio de trabajar en este hospital lo pasé muy mal, porque hay [...] hay personas con las que si no te puedes comunicar pues mejor no hablar siquiera, ya está. Entonces tirarte horas y horas y horas sin hablar con nadie pues es bastante [...] hartible, ¿no? Pero yo tengo muy claro una cosa: yo voy a mi trabajo a trabajar, no a hacer amigos [Ana, 42 años].

Hay, por otro lado, quien recuerda el maltrato verbal y las acusaciones infundadas como algo del pasado, bien por haber abandonado la asistencia hospitalaria, y dedicarse a la atención primaria y/o a la asistencia domiciliaria²⁹, bien por sentirse más amparada a nivel institucional. Así, para Alice, una matrona de origen (y formación) inglés, que actualmente trabaja en varios Centros de Salud y en partos en casa, la actitud hacia ella ha cambiado con el tiempo. Si antes sus compañeras la consideraban una “dejada”, una incapaz que no hacía y no sabía hacer nada, ahora respetarían sus formas, que corresponden a las que actualmente se promueven desde distintos foros. Más que con transformaciones generalizadas en la práctica de la atención, es posible relacionar el cambio de juicio hacia ella, con un reconocimiento institucional de la validez de los que se denominaba, cuando empezó hace diez años y según sus propias palabras, “partos de guiris”.

Así recuerda los reproches de sus compañeras de trabajo:

Que esto es que no sabes hacer una episiotomía, que esto es que no sabes pasar a la mujer a paritorio para parir en litotomía. Que esta mujer [es] que no hace nada, ¿sabes? Que es mucho más fácil hacer que no hacer. Especialmente cuando tienes tus compañeras: ah, ¿por qué no has roto la bolsa y [no] pones oxitocina? Tu eres una dejada, ¿eh? [Alice, 42 años].

Lo que para ella era una buena práctica se interpretaba como dejadez, como pereza, como falta de conocimiento. Pero situaciones que esta matrona considera de algún modo superadas, algunas las experimentaron muchos años antes y es un tema que sigue apareciendo con frecuencia en las conversaciones. Los conflictos en el ámbito obstétrico, así, parecen consustanciales a la propia Obstetricia, y no haberse resuelto con la difusión del discurso de la evidencia. Volveremos con más detenimiento sobre este punto. A continuación nos ocuparemos de presentar cómo actúa la violencia interprofesional, a través de un ejemplo particular de una matrona que abandonó su plaza en un hospital sevillano para no vivir en la angustia y en el miedo constante, sintiéndose vigilada y juzgada, ni estar obligada a defenderse de ataques continuos que acababan minando su tranquilidad y su salud y que revertían, inevitablemente, en las mujeres atendidas. Jana se encontró involucrada

²⁹ Señalamos que tanto la atención primaria como la asistencia domiciliaria confieren de por sí mayor autonomía que un trabajo hospitalario, ya que se llevan a cabo de manera solitaria o en parejas de matronas.

en un conflicto personal con su jefa de servicio, que interpreta como acoso laboral, pero que en su momento la dejó agotada, sin ganas de abrir un proceso judicial, y que resolvió sólo parcialmente aportando documentación avalada científicamente. Respondió con argumentos que define “muy fáciles”, ya que estaban presentes en todas las guías de buenas prácticas, a las acusaciones de su jefa, y tuvo el apoyo de los altos cargos del hospital, que intentaron minimizar y cerrar la cuestión. Esto no evitó un malestar permanente, que la indujo a dejar su puesto y luego a pedir un traslado. Otras matronas que han trabajado en este mismo hospital han manifestado su descontento, en conversaciones informales y también en entrevistas. Pero Jana comentó no haber recibido ningún apoyo concreto de sus compañeras, en una falta de solidaridad que ha sido remarcada en otras ocasiones por las matronas encontradas, distinguiéndola de la solidaridad de gremio que se atribuye al sector médico en general. Algunas reconocen en ello una adhesión a las posturas de los sectores más poderosos en un hospital, los de las especialidades médicas, y un comportamiento que oscila entre la competencia y el cotilleo, ahí donde cabría esperarse apoyo, colaboración o, al menos, una defensa de los intereses de grupo.

1.4.1. El caso de Jana

El caso de Jana resulta especialmente significativo por reunir varios de los elementos que se han comentado hasta ahora y presentado como formas de violencia, pero también por mostrar cómo el clima de tensión y la violencia hacia profesionales determinadas se traduce, en última instancia, en violencia hacia las mujeres asistidas. Como en un juego de espejos, lo que puede producir malestar y hasta agobio en una matrona se refleja en las mujeres de parto (y al revés) en al menos tres sentidos: obligando a intervenciones sistemáticas sobre sus cuerpos o a cambios posturales o de espacios que perjudican (o pueden perjudicar) el desarrollo del proceso; creando una situación de clara tensión, que la matrona puede atenuar sólo parcialmente; y llegando a intentos de instrumentalización de las madres para atacar indirectamente a una matrona y su forma de actuar, lo que genera, a su vez, como mínimo, cierta desconfianza en la parturienta.

Jana describe muchas situaciones que vivió con miedo y que está segura que también afectaron a las mujeres que estaba asistiendo, a pesar de estar mediando, o de intentar protegerlas, y de estar convencida, en aquel momento, que tenía que seguir luchando por lo que creía correcto. Las prácticas que menciona coinciden con las recomendadas por distintos organismos y promovidas a nivel estatal y autonómico (por ejemplo, mantener una actitud expectante en el parto, favorecer la deambulación y los cambios posturales, o retrasar el corte del cordón), pero distan del enfoque obstétrico de quien coordinaba su Unidad, pudiendo influir con sus decisiones y actuaciones en la

cotidianidad y en los modos de hacer de todas las matronas que formaban parte de la misma. La propia posibilidad de trabajar de una manera u otra se ve por tanto condicionada por la perspectiva obstétrica de quien detenta mayor poder.

Las palabras de Jana parecen ser fruto de un proceso de reflexión profundo, aunque hable a veces a trompicones, y le cueste recordar algo que en su momento perjudicó profundamente su trabajo y su vida. Aquí se reproducen algunos extractos de su narración que, a través de ejemplos concretos, muestran los intersticios de unas relaciones marcadas por el autoritarismo:

Lo que pasa es que en los sitios [...], en los sitios donde hay como una dinámica de [...], como de miedo. ¿Sabes? Luego sobre todo son sitios muy grandes, es como que yo lo que veo es que la gente en general [...], bueno, lo que veo no, lo que es es que el miedo paraliza y no te deja [...]. Entonces cuando tú tienes miedo a que te digan, a que te hagan, a que [...], pues al final, esto al final acaba afectando a tu forma de trabajar, ¿no? Sea, yo que sé, yo claro que he vivido, o sea yo he vivido de que se me metan en la habitación cuando una mujer está pariendo, cuatro personas ahí. ¿Y esta por qué está así? Y [...], y [...] ¿Está bien, señora? ¿Está bien? Y la mujer a lo mejor, claro, no era consciente que lo que estaban haciendo era intentar que ella dijera que estaba fatal para [...], para atacarme a mí, ¿no?
[...]

O yo qué sé, una mujer sentada con el bebé en brazos, entrar y preguntar: ¿El cordón? ¿El cordón? ¿El cordón no lo has cortado? ¿Está pasando la sangre del niño al [...]? [con tono ansioso, apresurado]. O sea, cosas además súper [...] súper [...] que te entran ganas de decir: pero por favor, lee un poco [ríe], infórmate, ¿no? Que la sangre del bebé no vuelve otra vez a la placenta, que está latiendo. Pero claro, al final son situaciones muy feas que [...], que [...], que hacen que [...], yo lo que siento que al final estas situaciones lo que hacen es que todo se [...], se [...], yo hay veces que creo que esta [...], esta [...], esta energía tuya negativa por el miedo, aunque tú te creas que tú puedes, claro, porque al final se convierte muchas veces o se ha convertido muchas veces en intentar como guardar a la mujer, pero que no la vean, pero que no me pillen, pero que [...], ¿sabes?

Su conclusión es que el miedo con el que se ve obligada a convivir ella como profesional no puede no ser percibido por las mujeres y no influir en sus vivencias. Contribuye, además, a que la matrona termine accediendo a cualquier propuesta (u orden) de sus superiores:

O sea, yo qué sé [hace un ejemplo]: esta mujer a paritorio para abreviar el expulsivo. Pero si es que está todo bien. He dicho que la pases. Claro. ¿Qué haces? Si es que la mujer [...], si le están diciendo que tiene que pasar porque está en riesgo, ¿la mujer qué va a decir? Pásame y hazme lo que sea, ¿no? Entonces es verdad que [...], que claro, yo ahora ya lo veo todo mucho desde la distancia, ¿no? Muchas cosas que estabas en el día día y como que [...] ahora sí que veo que no me sentía bien.

Según sus palabras, las situaciones más críticas, por ser fácilmente instrumentalizables, se habrían dado con mujeres que no se habían planteado cómo querían parir pero que, acompañadas por ella, acabaron dando a luz en una postura “no convencional” (sin estar tumbadas) o sin epidural:

Si tu a una mujer que no es que haya tenido una preparación sino que simplemente ha surgido, se le ha

acompañado y ella se ha dejado llevar, tú le dices: ¿pero usted quería parir en la cama? ¿O de pie? ¿O [...]? Claro la mujer te decía [tono desorientado]: ah, yo no. Como que yo nunca lo había pensado, ¿sabes? [risas]. Y esta herramienta la utilizaban luego para atacarnos, ¿no? ¿Sabes? En lugar de decir: jo, es que ha parido porque ya está, se ha acompañado y no era una mujer que hubiera hecho un plan de parto y no sé qué, sino que es una mujer que [...], pero claro, es verdad que tú le preguntas: ¿Y tú ibas a parir sin epidural? Pues yo no, yo [...], yo quería parir con epidural [con tono asustado]. ¿Sabes? Que realmente no está la razón ahí muy [...], muy clara, ¿no? No es que ah, yo tengo una decisión consciente, no quiero [...], como otro tipo de mujer, sino que son mujeres que simplemente [...] han fluido y ya está, y han parido y están contentas pero no [...], no era algo que ellas previamente hubieran pensado, ¿no? [Jana, 41 años].

Es sobre el mismo trillado y resbaladizo terreno del derecho de las mujeres a decidir que se juega este partido. Solamente si se reconoce la posibilidad de “otra” racionalidad, de una expresión no discursiva, hecha de miradas, de posturas, de palabras entrecortadas, se puede admitir que estas mujeres sin plan de parto³⁰ y sin hablar previamente de sus opciones, *eligieron*. Y su elección, sin ser programada fue tal vez más personal, más propia, de muchas de las que piden anestesia, porque es lo que conocen, y porque se utiliza sistemáticamente, al menos desde 1995 en Andalucía³¹, y también de las pocas que redactan un plan de parto sin saber, sin poder saber lo que querrán en el momento de dar a luz, más allá de lo que son sus derechos.

Por supuesto, Jana podría haber obligado a doblegarse a sus convicciones sobre cómo tiene que acontecer un parto, pero esto implicaría atribuir un papel de víctima absoluta a las mujeres, además de no reconocer la posibilidad de unas elecciones corporales y que se dan *sobre la marcha*, allí donde se deja el espacio y el tiempo necesarios (*cf.* la segunda parte del presente texto).

Con respecto a la historia profesional de esta matrona, es en el parto de una amiga que la gota colmó el vaso, haciendo que se resolviera a abandonar el hospital en el que trabajaba, una vez que pudo conocer los detalles de una labor de descrédito ejercida por su superiora más directa y cuyas características evidentemente exceden este análisis.

³⁰ Para las funciones y usos de los planes de parto se remite al epígrafe 2.4 de este capítulo.

³¹ Biedma *et al.* consideran Andalucía una Comunidad pionera en la difusión de la analgesia epidural, a través de un decreto específico (101/95) que respondía a los objetivos del II Plan Andaluz de Salud, en el que se planteaba impulsar su oferta. Estos autores, a través de un análisis de encuestas de satisfacción del sistema de salud público y un foro en Internet creado *ad hoc*, concluyen que el rechazo de la epidural corresponde a un perfil muy específico de mujeres (de bajo nivel educativo y socio-económico, y amas de casas), y pretenden reafirmar con ello el “rol sufridor tradicional”. Esta interpretación de datos recopilados entre el 2000 y el 2007, choca frontalmente con la de asociaciones de usuarias como EPEN, de madres que presentan planes de partos pidiendo alternativas a la anestesia y, obviamente, de todas las que deciden parir en casa, en un espacio en el que la posibilidad de la epidural simplemente no existe.

Cabe señalar que otras autoras (Alonso 2004) inciden en una instauración protocolizada en los hospitales andaluces algo más tardía, a partir de 1999, remarcando además que el decreto mencionado hacía referencias a “técnicas de disminución del dolor”, y no exclusivamente a la epidural. En realidad, al revisar el decreto en cuestión, parece que procede en un sentido totalmente opuesto a la medicalización rutinaria. En concreto, en lo referido a los métodos de anestesia se lee que la madre tiene derecho “al parto natural, es decir, no acelerar ni retrasar éste, a menos que sea necesario por el estado de salud de la parturienta o del feto, y a la reducción del dolor por medios anestésicos, si así es consentido por la misma” (artículo 2, punto d).

A partir de lo que se ha expuesto hasta ahora, es posible identificar, en las experiencias narradas por las matronas, indicios de una violencia estructural en el ámbito hospitalario, es decir, “estructurada y estructurante” (cf. cap 1). Desigualdades por edades, tipos de contrato, puestos que se ocupan (con especial relevancia de las figuras de la matrona jefe y del ginecólogo jefe de servicio), profesiones de mayor o menor relieve y autoridad, resultan funcionales a la propia organización hospitalaria, que se fundamenta en un reparto jerárquico de tareas y poder de decisión. Al mismo tiempo, este tipo de estructura da lugar a inevitables tensiones, si las prácticas no se corresponden a las que realizan las mayoría de las matronas o a las que defienden las figuras que ocupan un lugar de mayor prestigio y responsabilidad. Independientemente de las estrategias utilizadas para hacer frente a estas situaciones, lo que sobresale es su actuar sistemático sobre quienes adoptan un enfoque determinado y, al parecer, aún minoritario. Que esto produzca conflictos abiertos o encubiertos, depresiones o úlceras, soledad o fingir buen rollo, luchas cotidianas o intentos de “guardar a la mujer, pero que no la vean, pero que no me pillen”, es la violencia subyacente la condición de posibilidad de una cotidianidad que puede llegar a ser insostenible.

La violencia obstétrica, dirigida hacia las mujeres usuarias, y presentada a continuación, para distinguirla analíticamente de la interprofesional, puede considerarse otra modalidad en la que se conjuga la noción de violencia estructural, retomada de Paul Farmer (2006b [2004]), y que se interpreta aquí como principal límite a la acción individual, tanto de mujeres parturientas como de matronas, en el contexto hospitalario.

1.5. Violencia obstétrica

La violencia obstétrica, tipificada como delito en algunos países de América Latina (Argentina, Venezuela y México) es un término que ha sido acuñado para referirse a todo un conjunto de conductas que se dan en el contexto sanitario con mujeres embarazadas o de parto. No es más que un concepto que condensa en sí prácticas muy diversas y ampliamente denunciadas, al menos a partir de los años 70, por parte de mujeres y de grupos y autoras feministas. Retomando la legislación venezolana, se define como “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” (citado en Bellón 2015: 93). Como en el caso más conocido de la

violencia doméstica, no se trata solamente de formas de agresión física, sino que esta última sería solamente el aspecto más visible de un bloque sumergido y oculto de acciones denigrantes, en un sistema que, como se ha mostrado en el capítulo precedente, es “heredero de un modelo profundamente misógino, autoritario y muy jerarquizado” (Fernández 2015: 113).

Bellón divide estas acciones (y también omisiones) en cuatro categorías principales: negación de información; prácticas humillantes, como el trato infantilizador, el aislamiento, la privación de movimiento, comida o agua; la realización de intervenciones innecesarias y consideradas de riesgo como la cesárea o la maniobra de Kristeller³²; algunas prácticas rutinarias como episiotomías y posición supina obligatoria. A éstas se pueden añadir al menos otras dos categorías: la aceleración o el retraso del proceso en función de las necesidades del turno de guardia y la denegación de intervenciones de emergencia o a mujeres que han rechazado algunas de ellas, que va aparentemente³³ en un sentido contrario al que se ha analizado hasta ahora, poniendo énfasis en el marcado intervencionismo.

La negación de información y también de escucha puede interpretarse como afirmación de superioridad profesional y anulación de la subjetividad de la paciente/usuario, la denegación de intervenciones como prueba última de esta asimetría en la distribución del poder, y las estrategias de acortamiento o aceleración del proceso como respuesta a necesidades laborales, personales y técnicas coyunturales. Por otra parte, el tipo de lenguaje utilizado, del que dan cuenta activistas y matronas entrevistadas, constituye el sustrato y actúa como metonimia de todo un sistema de valores, compartido por una parte importante del sector biomédico y que revela el alcance de un tipo de violencia que algunas profesionales insisten en minimizar y que se defiende aquí como concepto útil y de fuertes connotaciones políticas.

La identificación de una pauta común en la relación con el personal sanitario hizo que una asociación como El Parto es Nuestro (EPEN), inicialmente fundada para apoyar a mujeres que habían tenido una cesárea³⁴, se convirtiese en una especie de grupo de autoayuda en el que se comparten experiencias y estrategias, reconociendo el valor terapéutico de encuentros e intercambios, presenciales o virtuales. Su labor ha sido fundamental en la definición y visibilización de la violencia obstétrica, en coordinación con otras entidades europeas y de América Latina, que

³² Múltiples documentos, incluso los protocolos de un organismo de tinte conservador como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO 2008) se pronuncian en contra de esta peligrosa maniobra, consistente en una fuerte presión sobre el fondo uterino. Para mayores informaciones sobre la Kristeller se remite al óptimo trabajo de revisión y denuncia de la Asociación El Parto es Nuestro, en <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/campana-stop-kristeller-cuestion-de-gravedad>.

³³ Sólo aparentemente, porque se fundamentan en la misma infravaloración de la palabra, de las necesidades y de los deseos de las mujeres.

³⁴ El Parto es Nuestro surgió como foro virtual de apoyo a madres que habían sufrido experiencias de cesáreas traumáticas, para luego ampliar su radio de acción, debido a una enorme cantidad de testimonios de parto que, sin pasar por una operación de cesárea, se consideraban igualmente dolorosos por parte de sus protagonistas.

trabajan para la defensa de los derechos de las mujeres en el epp. La creación de observatorios específicos, en distintos puntos del globo, para denunciar los efectos devastadores de unas formas de asistencia sistemáticamente violentas, es un proceso en curso, cuyo inicio se remontan apenas a finales de 2015. El mérito de este concepto, en continua redefinición, y cuyo uso las activistas prefieren, por ejemplo, al de “mala práctica”, es sin duda su carácter inclusivo, que permite entender comportamientos muy distintos como manifestaciones de un mismo sistema de valores, lo que supone una distancia considerable respecto al muy difundido uso del discurso de la evidencia (cf. epígrafe siguiente), situándose en la línea trazada por los movimientos feministas³⁵. La naturaleza *estructural* de la violencia en Obstetricia, por tanto, es reconocida por las propias usuarias de los servicios sanitarios. En palabras de Francisca Fernández Guillén, una de las socias fundadoras de EPEN:

Y pues lo que nos pasó es que empezamos a ver que había unas pautas de conducta iguales, que todas teníamos [...], muchas de nosotras compartíamos síntomas que eran psiquiátricos, era estrés postraumático. Y nos dimos cuenta que esto era algo metódico, que el engaño, que el insulto hacia nuestros cuerpos: estas caderas sirven para ponerse vaqueros pero no para dar a luz, seguro que cuando estabas haciendo al niño no gritabas tanto, ésta como siga gritando se va a ganar una cesárea, en fin, todas las formas [...]

El uso de una categoría biomédica como el estrés postraumático³⁶, en lugar de la más conocida depresión posparto,³⁷ y de una jurídica como los derechos humanos, constituyen una potente llamada de atención, una denuncia de la gravedad de situaciones invisibilizadas, a través de términos que gozan de cierto éxito, de un aura de indiscutibilidad, el primero por referirse habitualmente a acontecimientos muy dramáticos, el segundo porque tiene un respaldo creciente en nuestra sociedad, y una atribución de universalidad e irrevocabilidad. En cambio, el concepto de violencia obstétrica, como se verá, genera cierto rechazo entre especialistas del sector.

De acuerdo con el análisis de Francisca Fernández, el parto sería el momento culminante de un proceso de adoctrinamiento, despersonalización, infantilización y cosificación de las mujeres que empieza ya en las visitas prenatales (Fernández 2004 y 2015). Muchos vocablos detectados en las entrevistas a mujeres que parieron en hospital confirmarían la tesis de un “lenguaje propio”, que

³⁵ Así, por ejemplo el *Gruppo femminista per il salario al lavoro domestico di Ferrara* denunciaba, en 1978, en un libro que recogía testimonios de mujeres que habían sido víctimas de violencia en sus partos, lo que se ocultaba “detrás de la normalidad del parto” biomédicamente definida.

³⁶ El estrés postraumático es una categoría diagnóstica que se dio a conocer con los veteranos de la guerra de Vietnam, y que se asocia a la exposición a eventos particularmente violentos, como catástrofes naturales, guerras, accidentes graves.

³⁷ Hablar de estrés postraumático permite, además, incidir en los efectos a largo plazo en la vida de sujetos concretos, con lactancias problemáticas, dolor en la defecación o en las relaciones sexuales coitales, ataques de llanto, sensación de soledad e incapacidad, y un largo etcétera.

oscila entre atributos maternales (“cariño”, “hija”, “bonita”), regañinas y reproches, palabras de menosprecio y descalificación, términos claramente misóginos (como “el punto del marido”³⁸), amenazas (como las que se ha dado en denominar, entre militantes por un parto respetado, “la carta del niño muerto”³⁹).

Este lenguaje expresa y condensa un sustrato ideológico y moral específico, caracterizado por la convicción de la superioridad biomédica y de su función protectora, especialmente hacia el/la niño/a, de la ignorancia e incompetencia maternas, y por un paternalismo que puede desembocar en actos claramente misóginos. Evidenciar el no reconocimiento de estos actos como violentos por normalizados, y utilizar la noción paraguas de violencia obstétrica adquiere toda su importancia si se hace un ejercicio imaginativo de comparación con otros encuentros clínicos. Así, por ejemplo, es muy difícil que en otras circunstancias y para enfermedades diversas no se admita el rechazo de un tratamiento, mientras que, siguiendo a las palabras de una matrona, “esto en la Obstetricia no ocurre. Te echan los perros encima, que si estás poniendo en peligro tu vida, que si estás poniendo la vida de tu bebé en peligro” [Patricia, 43 años]. Los efectos paralizantes del miedo, la impotencia que genera y la imposibilidad de hablar de consentimiento para estas situaciones son aspectos que no pueden no ser tenidos en cuenta, a la hora de hablar de elecciones y actuaciones de las mujeres⁴⁰. Situaciones impensables en otras especialidades biomédicas parecen estar muy presentes en el día a día de los servicios obstétricos. Unas viñetas publicadas en varios números de la Gaceta Electrónica de la SEGO, entre 2008 y 2011, confirmarían la realidad de una violencia sistemática hacia las mujeres en la atención a sus embarazos, partos y pospartos y, al mismo tiempo, de su absoluta normalización en ámbito obstétrico-ginecológico (cf. anexos). Una serie de imágenes pretendidamente humorísticas retratan a mujeres ignorantes, excesivamente gordas, y representadas alternativamente como amas de casas en pantuflas o prostitutas, a las que se pide consentimiento para, entre otras cosas, un “tacto bimanual” y una “mirada lasciva a las nalgas”, y cuyos problemas se ridiculizan repetidamente. Emerge, además, una opinión muy superficial sobre el “parto no intervenido”, es decir, sobre el proceso de humanización fomentado a nivel institucional, al que se dedican dos viñetas: una con un supuesto experto sentado en un sillón fumando y bebiendo vino y otra con la imagen de varias mujeres saltando sobre pelotas de dilatación. Esta publicación ha sin embargo tenido interesantes efectos imprevistos, generando gran cantidad de protestas en la “blogosfera maternal” y concentraciones de familias enteras en la sede madrileña de la SEGO,

³⁸ Se utiliza esta expresión para referirse a las suturas posparto que restringen la apertura vaginal para favorecer, supuestamente, el placer sexual de un hipotético cónyuge.

³⁹ Consiste en el anuncio de secuelas irreversibles o de muerte intra o extrauterina, utilizado como herramienta de presión.

⁴⁰ Se suscriben, a este propósito, algunas de las conclusiones de Mathieu (1978), en su magnífico desmontaje de la teoría del consentimiento de los dominados, sostenida principalmente por Godelier.

funcionando así de pretexto para denuncias y reivindicaciones. Ha permitido, además, identificar visualmente una serie de prácticas y de actitudes aquí incluidas en la definición de violencia obstétrica. A pesar de la adecuación de normativas y protocolos a tendencias menos intervencionistas, estas ilustraciones demuestran la persistencia, dentro de la máxima representación institucional de la especialidad obstétrico-ginecológica en el Estado español, de creencias discriminatorias y de un trato denigrante hacia las mujeres.

El concepto de violencia obstétrica parece no solamente pertinente y válido en su polisemia, sino muy útil para encuadrar toda una serie de cuestiones que sólo pueden comprenderse en el contexto de un sistema caracterizado por relaciones desiguales de poder. Esto último no impide la existencia de otro tipo de relaciones, pero sí las hace más difíciles, hasta el punto paradójico de que quien las fomenta, evitando, por ejemplo, obligar a posturas que algunas mujeres (y algunas legislaciones extraeuropeas) consideran formas de violencia en sí, tenga que hacer frente a situaciones cotidianas de discriminación, de presión, o de acusaciones más o menos directas, en definitiva, a otras violencias más o menos sutiles.

En contra de las voces de profesionales que se oponen al uso de este concepto y a la creación de una figura legislativa específica, aduciendo que pone bajo sospecha a todo el personal sanitario y que su frecuencia sería “inexistente”⁴¹, se defiende, por tanto, su importancia política como herramienta no solamente de denuncia sino también de reapropiación personal y colectiva de un proceso vital. La aparición, en casi todas las entrevistas a madres, de episodios que pueden entrar en la noción de violencia obstétrica propuesta es un dato muy revelador. Lejos de constituir acontecimientos aislados, la violencia impregna la teoría y la praxis de esta disciplina.

Sin querer anticipar cuestiones que serán analizadas más adelante, aquí bastará con señalar que las propuestas de mujeres y asociaciones de usuarias que han denunciado la violencia obstétrica en todas sus manifestaciones van en un sentido si no contrario, sí mucho más radical que las definiciones que se han dado en el contexto sanitario, también en su línea más progresista⁴². El correlato de una noción integradora de violencia obstétrica es la inversión de la lógica de base de esta rama de la biomedicina, una inversión en la que la figura profesional deviene la que colabora con madres y familias y en la que la prerrogativa última sobre su cuerpo, su vida y la de sus hijos/as antes del nacimiento pertenece a las madres, sin que por esto sea su exclusiva responsabilidad⁴³.

⁴¹ Me refiero a las declaraciones de María Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la Asociación Española de Matronas, reproducidas en http://www.eldiario.es/zonacritica/pensamiento-critico-parto_6_27007304.html

⁴² Si María Ángeles Rodríguez Rozalén, en el artículo periodístico citado, niega el alcance de la violencia obstétrica, optando por un salto en la sanidad “de lo bueno a lo excelente”, en la *Guía de Asistencia al Parto en Casa* (Col-legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2010: 45), por ejemplo, la violencia en ámbito obstétrico parece más bien un accidente, consecuencia de prácticas obsoletas o inapropiadas, realizadas “teniendo en cuenta los mejores intereses de la mujer y sostenidos por la evidencia disponible” (aunque evidentemente superada por estudios más recientes).

⁴³ La importancia de socializar, de compartir las responsabilidades maternas, con profesionales, amistades, parejas y

Esta inversión implica admitir su plena capacidad para elegir con quién, dónde y cómo parir, la absoluta compatibilidad entre bienestar materno y fetal, y hasta la posibilidad de rechazar todo tipo de asistencia biomédica especializada:

Es que no va a ir a parir a lo mejor bajo un árbol, aunque si lo hiciera me parecería fenomenal, sino que va a otro profesional. Su soberbia [se refiere a los ginecólogos] les impide tolerar esto. Este es el motivo que hay detrás. Les cuentan la milonga, la imbecilidad de que ellos quieren proteger a nuestros hijos por encima de nuestro cuerpo [Francisca Fernández].

Pero vayamos por partes.

2. Interacciones entre tendencias emergentes en la atención obstétrica institucional y parto en casa

El enfoque humanístico, o “método humano” o “humanismo médico” (Pizza 2005a: 246-247), constituye el contexto institucional actual, tanto a nivel internacional como estatal y autonómico, de la atención al epp. Invita a una revisión de las prácticas obstétricas y a una mejora de la relación entre profesionales y usuarias. Representa, además, una importante fuente de legitimación para aquellas matronas que se inclinan hacia técnicas menos invasivas y hacia intentos más o menos conseguidos de diálogo con las personas atendidas, y también para aquellas mujeres que reivindican sus derechos en el epp. Por último, este tipo de enfoque mantiene relaciones complejas con el parto en casa, del que en parte deriva y que al mismo tiempo ha contribuido a incrementar, en un vaivén protagonizado por profesionales que han habitado, en momentos diversos o simultáneos, los dos espacios -el hospital y la casa. Resulta por tanto imprescindible profundizar en esta tendencia que no es nueva ni exclusiva de Andalucía o del Estado español, y que sin embargo parece haber generado cierto debate en el ámbito obstétrico, y algunas tímidas señales de cambio, a lo largo de estos últimos diez años.

El documento de referencia a nivel estatal es la mencionada *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* (EAPN), promovida en 2007 por el Observatorio de Salud de la Mujer y la Dirección General Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. Los acuerdos firmados con las Consejerías de Salud de las distintas Comunidades Autónomas la hacen efectiva. Esta *Estrategia*, a partir de la que se han elaborado varios textos, relativos también al embarazo y al puerperio, es fruto de un proceso más largo y de una tendencia internacional en la que la OMS constituye, sin lugar a dudas, el principal actor institucional. A partir de la década de

otras madres emergerá en los capítulos que siguen, especialmente en la continuidad entre grupos de preparación al parto y grupos de crianza más o menos formales.

los 80 del siglo XX, se va delineando una versión humanizada y menos intervencionista de la atención obstétrica, que tiene su referente más importante en la Declaración de Fortaleza de 1985. Esta Declaración, producto de una reunión entre diferentes expertos, organizada por la OMS y la OPS, establece algunas recomendaciones que se pretenden “aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo” y que invitan a reducir sensiblemente el uso de tecnologías e intervenciones y a considerar los aspectos emocionales, psicológicos y sociales. Constituyó, además, una herramienta fundamental para quienes intentaron introducir cambios en la atención hospitalaria en la misma época, y sigue teniendo una función casi fetiche, siendo repetidamente citada para fundamentar distintas prácticas.

El uso del concepto de “humanización” es, sin embargo, algo más tardío, al menos en las directivas internacionales relativas al epp. Aparece en un Congreso celebrado en el año 2000 en Fortaleza (*The International Conference on the Humanization of Childbirth*), organizado con la participación de UNICEF y de la OMS. En este, para definirlo, se pone el acento en el proceso de comunicación y de atención, y en la fundamental unidad entre, por un lado, universo, espíritu y naturaleza, por otro, familia, comunidad y sociedad global, y por último, entre generaciones (Umenai *et al.* 2001: S3). A partir de una definición absolutamente ambiciosa, humanizar el nacimiento emerge como necesidad, como medio fundamental para el empoderamiento individual y colectivo, y clave para el desarrollo de una sociedad más sostenible.

En cualquier caso, el debate entre posturas más biologicistas y perspectivas más humanistas es, para algunos autores de antropología médica, uno de estos debates “de trasfondo”, “persistentes” y “pegajosos” en el campo biomédico (Martínez-Hernández *et al.* 2013). Así, se suele distinguir entre MBE y MBN (medicina basada en la evidencia y medicina basada en narrativas, respectivamente) para referirse a enfoques que centran su atención en las pruebas científicas más recientes o, al contrario, en los relatos de pacientes y personas afectadas, lo que también se ha definido, en el contexto anglosajón, como *disease* e *illness*, la patología en términos biológicos o psicológicos, y su percepción experienciada (Kleinman 2006 [1978]), en definitiva, perspectivas positivistas o de corte interpretativista.

La “evidencia científica”, presentada como algo neutral y aséptico, resulta, no obstante, un concepto bastante vago, pudiendo justificar prácticas muy diversas entre sí. En el texto anteriormente mencionado se define, retomando a David Sackett, como aquella que es resultado de investigaciones “que se apoyan en lo que se considera un diseño riguroso, como es el caso de los ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA), las investigaciones en ciencias médicas básicas y, también, aunque con menor énfasis, los estudios observacionales en epidemiología y las revisiones sistemáticas” (Martínez-Hernández *et al.* 2013: 8). Pero los interrogantes que genera la

práctica clínica basada en la evidencia son múltiples, y trastocan la base misma de su supuesta imparcialidad. Preguntarse por los criterios de validación de la evidencia, la escasa atención prestada a narrativas de pacientes y profesionales o la financiación de las investigaciones (*id.*: 8), son solamente algunas de las reflexiones propuestas desde la antropología médica. La producción de gran cantidad de trabajos en esta materia ha permitido desmontar algunos persistentes supuestos científicos, visibilizando la complejidad de factores que intervienen tanto en la experiencia de personas usuarias de los servicios sanitarios, como en la teoría y en la práctica biomédica.

Si desde la antropología se pretende superar la separación entre MBE y MBN, en favor de un análisis más transversal, y capaz de incluir también otras dimensiones, en el caso que nos atañe se manifiesta un esfuerzo integrador y una voluntad de llegar a consensos entre distintos actores desde el ámbito sanitario institucional. Así, se pretende responder a demandas sociales, incluyendo la perspectiva de asociaciones de usuarias y, a la vez, dar a conocer las últimas evidencias científicas en materia obstétrica. Sin embargo, en los documentos producidos, se hace uso explícito y casi exclusivo del discurso de la evidencia científica para sostener la implementación de determinadas prácticas así como el abandono de otras que se creen obsoletas. Lo que justifica los cambios en la atención es, en último término, una valoración de resultados en términos esencialmente biológicos y clínicos, admitiendo la iatrogenia de algunas intervenciones obstétricas y por lo tanto la menor producción de riesgos si éstas no se efectúan. Algunos ejemplos pueden ilustrar esta afirmación.

La demostración de que el rasurado del vello púbico no evita infecciones, que la episiotomía no reduce el riesgo de desgarros, que la litotomía no favorece el expulsivo, la epidural no beneficia las contracciones uterinas, la oxitocina no ayuda al bienestar fetal, y así sucesivamente, es lo que ha inducido a promocionar algunos cambios, estableciendo, entre otras cosas, metas cuantitativas (básicamente tasas de intervenciones consideradas admisibles). Si bien se puede ciertamente atribuir cierto peso a las presiones de asociaciones de usuarias (Villarmea *et al.* 2015), la batalla se ha librado en el plano de la “evidencia científica”, evidencia que desaconseja muchas de las prácticas más difundidas en el campo hospitalario de la atención al parto. Así, en lugar de establecer un diálogo potencialmente transformador, se toman algunas medidas que permiten una mejor aceptación de las reglas: explicaciones más claras y comprensibles, trato más cercano, oferta de diversas opciones, cambios arquitectónicos, ambientes más acogedores, posibilidad de acompañamiento y de llevar algunos objetos personales. Más allá de experiencias concretas con personal sanitario que actúa en un sentido dialógico y autocrítico, se puede sostener con Pizza, que a su vez retoma algunas reflexiones de Tullio Seppilli, que “Una genérica “humanización” parece querer responder a la dificultad de tomar en consideración los significados sociales, políticos y culturales del proceso de atención, a través de meros retoques internos al ordenamiento médico

existente” ” (Pizza 2005a: 247)⁴⁴. La retórica de la humanización ha permitido, en muchos casos, y no solamente en el campo de la atención obstétrica, extender de manera más refinada el dominio biomédico (*id.*). Giovanni Pizza recuerda un dramático oxímoron como es el de “guerra humanitaria” para subrayar la urgencia de aclarar qué se entiende con la palabra “humanización”.

Es a lo que se dedica este epígrafe, retomando la clasificación sugerida por la antropóloga estadounidense Robbie Davis-Floyd en sus análisis de diversos sistemas de atención al parto, visibilizando los nexos algo ambiguos con los movimientos feministas y con el parto en casa, y finalmente aterrizando en la situación de Andalucía, a través de una crítica del *Proyecto de Humanización* implementado en esta Comunidad, y utilizando la herramienta de los “planes de parto” como pretexto para reflexionar sobre éste.

2.1. El paradigma humanista

Robbie Davis-Floyd, que, como hemos subrayado en el primer capítulo, ha contribuido a evidenciar la complejidad y variabilidad de la asistencia al epp tanto en publicaciones antropológicas como en revistas médico-obstétricas y de matronas (Davis-Floyd 1996, 1998, 1999, 2001 y 2005), propone, en un artículo del 2001 del *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, una distinción de los tipos de atención según tres modelos: tecnocrático, humanístico y holístico. La novedad, respecto a textos anteriores, es representada precisamente por la incorporación del modelo humanístico, que identifica con la “medicina de la evidencia” y con tendencias internacionales recientes⁴⁵.

Atribuye a estos tres modelos doce características que los diferencian, un principio básico subyacente y un modo de pensamiento específico. El primero de ellos se basaría en un principio de separación y en un tipo de pensamiento unimodal, lineal, *left-brained* (o del hemisferio izquierdo del cerebro); el segundo en el equilibrio y la conexión, a través de una modalidad de pensamiento bimodal, el tercero en la conexión y la integración y en un pensar fluido, multimodal y *right-brained* (o que radica en el hemisferio derecho del cerebro)⁴⁶.

Sus distinciones resultan particularmente útiles, aun admitiendo que en la realidad de los encuentros

⁴⁴ “Una generica “umanizzazione” sembra voler rispondere alla difficoltà di prendere in considerazione i significati sociali, politici e culturali del processo di cura attraverso «meri “ritocchi” interni all'assetto medico esistente»”.

⁴⁵ A pesar de utilizar casi exclusivamente ejemplos etnográficos relativos a la atención al epp, Davis-Floyd propone tres modelos médicos aplicables a cualquier campo de la salud y atención.

⁴⁶ La distinción entre hemisferio izquierdo y derecho es muy común para hacer referencia a un tipo de pensamiento racional vs otro intuitivo-creativo. Se trata de una localización orgánica de una modalidad de pensamiento y acción.

terapéuticos se dan situaciones híbridas⁴⁷ que muestran la permeabilidad de confines entre unos y otros, muy especialmente entre el humanístico y los otros dos. De hecho, el paradigma humanista o humanístico puede interpretarse como una especie de término medio, de fácil aceptabilidad por parte de cualquiera de los actores involucrados. Lo que esta autora no pone de relieve es que los dos primeros son *internos* al sistema biomédico, del que comparten los principios básicos, mientras que el último cuestiona las premisas en las que éste se fundamenta, a pesar de reconocer la validez de algunas de sus técnicas. Y esto último resultará especialmente relevante en aquellas matronas que, a pesar de tener una formación universitaria de tipo biomédico, han ido construyendo caminos paralelos, alejándose de la prioridad atribuida a los aspectos biológicos, sean éstos orgánicos, hormonales o genéticos. Ciertamente es que la autora define el modelo holístico como “herejía última” (*id.*: S16), allí donde el tecnocrático se configura como el dominante, al menos en contexto occidental u occidentalizado. Y sin embargo no subraya un aspecto que aquí se considera central, a saber: el hecho de que se trata de dos corrientes o dos perspectivas, la humanística y la tecnocrática, que pertenecen a un mismo modelo que hace del biologicismo, y de los supuestos de universalismo y de neutralidad, sus premisas básicas.

Con todo, consigue evidenciar con gran habilidad, y a través de ejemplos concretos, muchos de los rasgos en los que se diferencia la atención al epp. En ocasión del citado Congreso de Fortaleza de 2000, al que se dedica el número de la revista en la que escribe, Davis-Floyd valora el paradigma humanista como el más apropiado para generar una reforma, el que responde al “sentido común”, el que goza del respaldo internacional, el que resulta, en fin, menos radical que una visión holística y sin duda más agradable que la tecnomedicina (*id.*: S10). Los potenciales de este enfoque de tipo relacional, que reconoce en el paciente un sujeto, que hace un uso equilibrado de las tecnologías, basándose en la última evidencia disponible, que se muestra más tolerante hacia otras prácticas, utilizando a veces técnicas provenientes de otros sistemas de atención, parece estar, precisamente, en su alto grado de *aceptabilidad*. Y esta aceptabilidad tal vez se deba a dos elementos clave que lo atraviesan: la apertura a necesidades y narrativas del paciente, y el apelar, al mismo tiempo, y de manera solo aparentemente contradictoria, a la evidencia científica. De hecho, si el paradigma tecnocrático se caracteriza por una visión de la tecnología como buena en sí misma, el humanístico nace de la intención de limitar su uso a aquellos casos considerados necesarios, basándose en investigaciones cuya validez está reconocida por la comunidad científica internacional (y por sus reglas subyacentes). Sin entrar en el tercero de los modelos propuestos, por estar del todo ausente a nivel institucional, mientras que puede aplicarse ciertamente, y como se verá, a parte de la atención

⁴⁷ Existen, además, perspectivas teóricas particulares que ofrecen de por sí una combinación entre estos distintos modelos, como en el caso de Michel Odent, que asume gran parte de las características del modelo holístico, y sin embargo lo hace desde la evidencia científica neurofisiológica (*cf.* cap. 2).

domiciliaria, proponemos algunas reflexiones adicionales acerca de las semejanzas y diferencias entre los otros dos. En particular, las denominaciones alternativas utilizadas por otras autoras permiten ir identificando algunas de las limitaciones de las reformas implementadas desde el enfoque humanístico de la atención.

El primero de los paradigmas propuestos que, siguiendo a Davis-Floyd, constituye el hegemónico y es reflejo de una hipervaloración de la ciencia y de la tecnología en la vida social occidental, ha sido también definido como medicina defensiva (Fernández y Canales 2012, Montes 2007) o “enfoque de riesgo” (Blázquez 2010). El segundo, que adquiere cada vez mayor protagonismo, se reconoce también como medicina de la evidencia o “enfoque fisiológico” (*id.*). Estas denominaciones alternativas insisten fundamentalmente en la diferente configuración del riesgo, y en sus implicaciones. En un caso, el embarazo y el parto se consideran esencialmente peligrosos, es decir, peligrosos por sí mismos y siempre, por lo que las intervenciones biomédicas constituirían un mal menor para evitar daños potencialmente mortales. En otro, los riesgos producidos por las intervenciones biomédicas, y demostrados por la evidencia científica, invitarían a dejar actuar a la fisiología, con intromisiones mínimas. Cambia, en suma, la percepción de lo que es arriesgado.

Así, por un lado, al considerar peligroso el proceso del parto en sí mismo, se interviene para dirigirlo y controlarlo; la responsabilidad es, por lo tanto, exclusivamente médica, en una visión mecanicista en la que la mujer de parto tiene poco que decir, y lo que se espera de ella es que responda adecuadamente a las indicaciones expertas. La contrapartida es, como señala Davis-Floyd, la imposibilidad del error y también de la muerte, y una gran cantidad de quejas y denuncias en el caso en que los resultados no se correspondan con los deseados (Fernández y Canales 2012: 38).

Por otro, se tienen en cuenta sobre todo los peligros de las intervenciones iatrogénicas, considerando inoportuno el uso de fármacos y tecnologías que obstaculizan el proceso o que, directamente, pueden producir complicaciones. Se suele, además, centrarse en los denominados “partos normales” (*cf. infra*, epígrafe 3).

Las diferentes denominaciones (modelo tecnocrático, enfoque de riesgo, medicina defensiva, biologicismo mecanicista, por un lado; modelo humanístico, enfoque fisiológico, medicina de la evidencia o enfoque bio-psico-social, por otro) permiten señalar aspectos particulares y distintivos de estas dos corrientes. Ahora bien, en realidad las dos comparten el que ha sido unánimemente reconocido como fundamento epistémico de la biomedicina: la prioridad concedida a los aspectos biológicos. Esto conlleva también un acercamiento entre ambas en lo que concierne la definición del riesgo, en al menos tres situaciones: en los partos que no se consideran “normales”; en lo referido a los tiempos de gestación y para las diferentes fases del parto; y en los que se definen como “embarazos de riesgo”. Así, más allá de unas distintas prioridades, atribuidas a lo fisiológico,

en un caso, y a lo patológico, en otro, los dos enfoques comparten una misma definición de las *categorías de riesgo*. Pero, sobre todo, es una práctica obligada como el “control de embarazo”, el itinerario de pruebas y exámenes previsto para cualquier embarazada, lo que constituye la demostración más clara de una proximidad de fondo. La necesidad de vigilancia biomédica a lo largo del embarazo, de un control continuo y pautado, no se cuestiona desde la perspectiva humanística, siendo al contrario la principal estrategia de “gestión del riesgo”. Por último, si la diferencia fundamental entre los dos enfoques estriba en el peso que asumen pacientes o personas asistidas, éste está en todo caso supeditado a la evidencia científica. Es más, en el caso del parto, es la misma ciencia, el mismo discurso de la evidencia, el que sostiene la importancia de la participación y de los factores ambientales y psicosociales. Es como si la ciencia validase algo que muchas mujeres percibían, y reivindicaban, a partir de sus propias experiencias, ya en los años 70. Pero el foco de la atención aquí no es la palabra de las mujeres, sus vivencias o sus deseos.

La biomedicina mantiene la superioridad e invade cada vez más espacios, estableciendo las opciones de comportamiento correcto también fuera del espacio clínico. La humanización no propone cambios drásticos, sino de fácil consenso, pero su apertura a las necesidades de pacientes y usuarias puede significar transformaciones de carácter ornamental como cambiar el color de una pared o hacer un ambiente más acogedor o permitir que las mujeres se muevan, se duchen, beban, decidan que posturas adoptar, que sigan siendo sujetos, en definitiva (Villarme y Fernández 2012). Y la diferencia no es baladí. En definitiva, el enfoque obstétrico promovido a nivel institucional ha resultado de cierta utilidad especialmente donde ya existía personal propenso a un cambio, sirviendo además de respaldo tanto para madres como para matronas partidarias de una reducción de las intervenciones. Sin embargo, tal y como se pretende mostrar a continuación, apelar al discurso de la evidencia es una arma de doble filo, que limita las potencialidades de cambio a lo científicamente demostrado, y deja las otras dimensiones en una posición francamente secundaria. Si a esto se añade que no existe evidencia científica para una parte importante de la asistencia al parto nos topamos con algunos inevitables callejones sin salidas.

2.2. La ambigüedad de los nexos con el feminismo y con el parto en casa

Al proceso de humanización fomentado a nivel estatal en la última década contribuye una asociación de usuarias como El Parto es Nuestro que retoma, en su mismo nombre, una reivindicación feminista básica como es la reapropiación de los ciclos vitales de las mujeres, de los que el parto forma (o puede formar) parte. Esta Asociación participa en la promoción de cambios en la asistencia institucional a través de campañas de sensibilización y denuncia, pero también

contribuyendo a la redacción de documentos como la mencionada *Estrategia de atención al parto normal* (2007), la *Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva* (2010)⁴⁸ o la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio* (2014)⁴⁹, todos publicados por el Ministerio de Sanidad⁵⁰. Aprovecha, además, las muy diversas especializaciones profesionales de sus socias para analizar la asistencia al epp desde distintos enfoques disciplinarios (legal, estadístico, filosófico-lingüístico, arquitectónico, antropológico), lo que representa en sí una gran riqueza, y muestra también que el perfil socio-laboral no constituye un factor importante a la hora de recibir un tipo u otro de asistencia; si a caso, puede influir en las reacciones que siguen a ello y en los recursos que se manejan *a posteriori*:

Lo que ocurre es que claro, es que nos ha pasado a mujeres independientemente de nuestra profesión. A todas nos han maltratado, da igual lo que seas, porque ahí lo que hacen es despersonalizarte, te ponen un camisoncillo con el que apenas se te tapa el culo, y a partir de ahí ya no eres ni Francisca Fernández, ni la señora jefa de servicio de psiquiatría de no sé donde, allí eres pues un trapillo ¿sabes? Eres una más. Lo que pasa es que ya luego cuando te recuperas de aquello, cuando te vuelves a vestir y te vuelves a sentir persona, pues vuelves a ser la profesional que eras, y todo, de la rabia que te queda, del malestar que te queda, pues todos tus saberes, tu capacidad de trabajo, las vuelcas gratuitamente, desinteresadamente, en esto [Francisca Fernández].

Es más, algunas, con una muy buena posición laboral, estaban seguras de haber conseguido la tan aclamada “igualdad”, hasta que llegó el día de su parto.

En lo relativo a la relación de las tendencias humanistas en el sistema hospitalario con el parto en casa, ésta se da desde sus inicios, reflejándose en las trayectorias profesionales de gran parte de las matronas que se dedican a la asistencia domiciliaria en Andalucía y siendo uno de los objetivos declarados de la Asociación Nacer en Casa “fomentar el cuestionamiento del actual modo asistencial imperante dando formación dentro del campo institucional sanitario a sus profesionales”⁵¹. En la primera parte del capítulo se ha dado cuenta de las contribuciones individuales de las matronas de parto en casa al cambio de la atención en los hospitales donde han estado, subrayando las dificultades intrínsecas relatadas por ellas, motivadas por la propia estructuración de la asistencia y reflejadas en las experiencias de las mujeres entrevistadas. Algunas de estas profesionales, además, han participado en la elaboración de materiales como documentos

⁴⁸ Se volverá a citar con su acrónimo: ENSSR.

⁴⁹ Abreviada en el texto con la sigla GPC, de la que me serviré de ahora en adelante.

⁵⁰ No obstante, participan en la elaboración y revisión de estos documentos también otras asociaciones de mujeres, cuyo trabajo y cuyos objetivos no siempre pueden considerarse feministas. Entre ellas se encuentran: La Liga de la Leche, Mujeres para la Salud, Vía Láctea, y la Plataforma pro Derechos del Nacimiento. A estas últimas dos se dedicará más espacio, por ser las que aparecen en los documentos que se centran más específicamente en el proceso de epp, a saber: la EAPN y la GPC.

⁵¹ <http://www.nacerencasa.org/asociacion/>

estratégicos para el fomento de la “humanización” o guías de práctica clínica para la asistencia al epp.

Los nexos del parto en casa con lo que actualmente se define “humanización del nacimiento”, por tanto, son evidentes tanto si se analizan documentos de los años 80 y 90, como si se profundiza en la trayectoria formativa y profesional de las comadronas que trabajan o han trabajado en la asistencia domiciliaria en Andalucía. Los aprendizajes fuera del ámbito hospitalario o en otros contextos sanitarios europeos han tenido siempre su efecto de retorno: en primer lugar, porque casi todas las matronas compatibilizaban la asistencia hospitalaria y domiciliaria; en segundo lugar, por iniciativas personales de diverso tipo, como por ejemplo la difusión de recomendaciones internacionales o la organización de actividades formativas dirigidas a matronas y ginecólogos/as; y, en tercer lugar, por ser llamadas a participar en foros institucionales como el Observatorio de Salud de las Mujeres, un organismo que pertenece al Ministerio de Sanidad, o en proyectos clínicos concretos. Así, de las matronas andaluzas entrevistadas, una actuó de propulsora de un considerable cambio interno en el hospital donde trabajaba, organizando actividades específicas para ello ya a finales de los años 80⁵²; dos han sido coordinadoras del área de matronas en hospitales privados; varias han sido invitadas a dar charlas sobre su forma de asistir o han colaborado en acciones formativas específicas; una ha participado en la elaboración de la *Guía de asistencia del parto en casa* (Col-legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2010), el único documento oficial sobre la asistencia domiciliaria en el ámbito del Estado español; y otra figura en documentos elaborados a nivel ministerial o de la Junta de Andalucía que defienden un enfoque humanístico.

Por último, cabe señalar el aumento, en estos últimos años, del número de matronas que asisten en casa, lo que, si por un lado puede interpretarse como respuesta a la escasez de plazas en el sistema sanitario público, por otro testimonia un aumento de la demanda al que probablemente ha contribuido este enfoque fisiológico fomentado a nivel institucional y asociativo. Sin embargo, estas relaciones, que se hacen manifiestas al acercarse al campo de la asistencia domiciliaria, a los materiales producidos y a las historias de matronas individuales, no se explicitan nunca en los textos sanitarios que invitan a una “humanización”, ni tampoco, a decir de las comadronas, en otras iniciativas institucionales:

⁵² En particular, organizó un curso impartido por profesionales que asistían en casa, en un hospital que es actualmente referente de práctica clínica (en Huerca-Overa). El jefe de servicio no solamente accedió a que se diera una formación, sino que participó muy activamente en ella, prestándose a las metodologías teatralizadas y a los juegos de roles que utilizaban a menudo las comadronas de parto en casa. El uso de metodologías corporales/vivenciales caracteriza los inicios del parto en casa en el Estado español y sigue siendo central para algunas de las que lo asisten. Así, en el análisis de actas de Nacer en Casa, la tarea de búsqueda de algunas “herramientas” para la organización del Congreso de Manresa (2003), entre las que aparecen monitores internos (para ponerlos en el pelo de las personas presentes) y fórceps tamaño adulto, muestra la experimentación creativa con elementos que puedan reproducir la vivencia de un nacimiento en hospital.

Eso a mi me llama mucho mucho la atención, ¿no? Sobre todo cuando, por ejemplo, hablan -me acuerdo, recién llegada aquí, que fuimos a una charla- y hablan de la incidencia de desgarros en función de la posición del parto, y yo estaba alucinando, diciendo: ¿de dónde habéis sacado la estadística? Porque vosotros sólo asistís en litotomía, entonces ¿de dónde habéis sacado la estadística? La estadística está sacada del parto en casa [...] [Patricia, 43 años].

Igualmente, en ninguno de los documentos analizados, se mencionan las aportaciones ideológicas y activistas feministas a la generación de transformaciones en la asistencia⁵³, que podemos visualizar en el siguiente esquema:

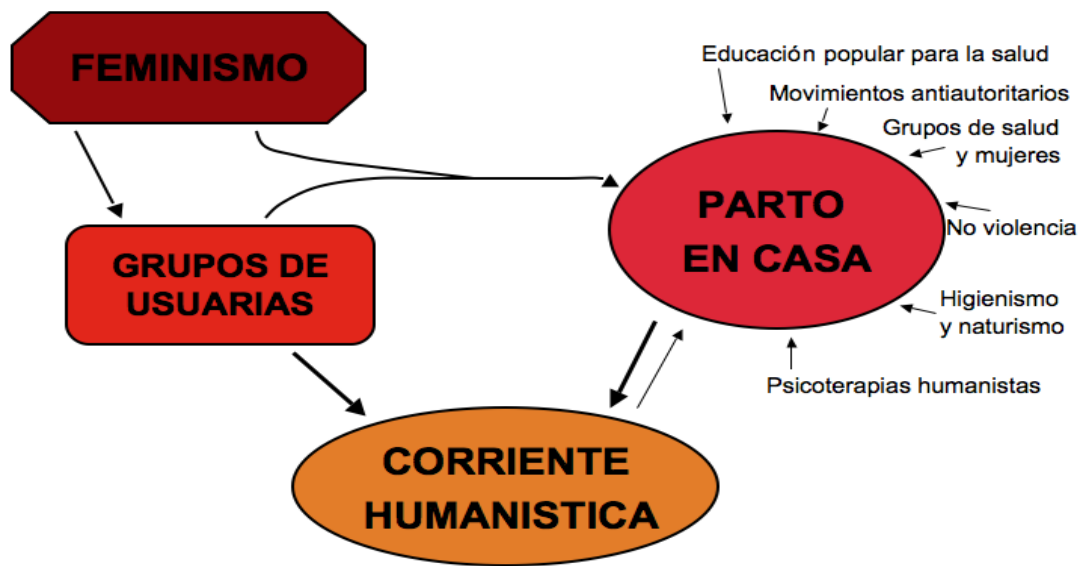


Fig. 7 Relaciones ocultas

Esta ocultación de las contribuciones feministas así como de las aportaciones teóricas y técnicas de profesionales que se dedican a la asistencia en casa tiene varios motivos posibles y algunas consecuencias seguras. Empecemos con las consecuencias.

Si las tesis defendidas por El Parto es Nuestro pueden considerarse feministas a pesar de hacer un uso más bien escaso del término, la incorporación de algunas de sus reivindicaciones a las políticas sanitarias se lleva a cabo bajo el prisma de la evidencia, que en caso de ser de calidad baja o muy baja por falta de estudios rigurosos, da lugar a recomendaciones basadas en la opinión de figuras expertas, de sociedades científicas o en las indicaciones de guías de práctica clínica de otros países.

⁵³ Aunque en la EAPN se sostiene responder a unas demandas de las mujeres y pretender aplicar una perspectiva de género a la atención.

El punto de vista de las mujeres tiene una función claramente subsidiaria a la hora de definir las líneas guía de la atención al epp, faltan estudios que las incorporen sistemáticamente y, cuando existen, se consideran poco válidos metodológicamente. Así, en la GPC se admite no haber identificado estudios que analicen los valores y preferencias de las mujeres gestantes o puérperas para la casi totalidad de pruebas y actuaciones tomadas en cuenta. Además, los datos examinados derivan de estudios observacionales, no cegados, muy heterogéneos en cuanto a diseño, selección y tamaño de las muestras, o definición de los valores a tener en cuenta, y muy variables en los resultados. Las limitaciones metodológicas hacen que sea especialmente difícil comparar y combinar los resultados de las investigaciones, por lo que se ofrecen a menudo “recomendaciones débiles”⁵⁴. Nos encontramos, en realidad, frente a una auténtica paradoja: la ausencia de evidencias para una parte importante de la asistencia al epp, por la no aplicabilidad de aquellos ensayos aleatorizados que constituyen el fundamento de la MBE. Precisamente al no tratarse de una enfermedad es francamente improbable que las mujeres accedan a ser asignadas de manera casual a un grupo u otro. Si a esto se añade la dificultad de identificar los efectos a medio-largo plazo de la aplicación de tecnologías y fármacos, nos enfrentamos a una situación de enorme indefinición. En la propia *Guía* se reconoce, por ejemplo, la continua evolución de los criterios de diagnóstico para el caso de la diabetes gestacional (id.: 78), el desconocimiento de los efectos a largo plazo de las ecografías (id.: 83), o la incapacidad de establecer “cuándo ha de iniciarse este CPP⁵⁵, de qué manera, ni durante cuánto tiempo” (id.: 177). La admisión de cierta indeterminación, sin embargo, no impide pronunciarse incluso sobre situaciones en principio independientes de la práctica clínica como son viajes, relaciones sexuales o hábitos alimenticios. Precisamente allí donde “falta evidencia”, emerge con claridad cuáles son las fuentes reconocidas y naturalizadas, es decir socializadas como las únicas pertinentes, del conocimiento que goza de autoridad, retomando el concepto de *authoritative knowledge* de Brigitte Jordan (cf. cap 1).

Asociaciones de usuarias como EPEN se apoyan en los discursos científicos por su valor instrumental, porque permiten promover cambios en la asistencia que responden a sus exigencias, pero no parten de ellos ni se limitan a las recomendaciones basadas en estudios específicos. Su principal fuente de conocimiento es vivencial, corporal, deriva de experiencias de parto vividas y

⁵⁴ Es así, por ejemplo, en el caso del cribado de cáncer de mama, del nivel de urea en sangre, de los valores de ácido úrico; para la detección de sífilis, toxoplasmosis, anemia, estreptococo B; la determinación ecográfica de la longitud del cuello uterino; el seguimiento cardiográfico rutinario; la medición de la altura uterina; la suplementación con hierro, yodo o vitaminas; el manejo de una gestación con presentación podálica y de una gestación a partir de la semana 41; el tratamiento de malestares comunes en el embarazo como náusea, pirosis, estreñimiento, varices, hemorroides, lumbalgia; los tiempos más adecuados para el alta hospitalaria después del parto; el tratamiento de problemas frecuentes en el puerperio como el dolor perineal, el debilitamiento de la musculatura del suelo pélvico, las complicaciones en la lactancia.

⁵⁵ Contacto piel con piel entre madre y recién nacido.

puestas en común, del reconocimiento de abusos repetidos y necesidades compartidas. Sin embargo, la incorporación de las demandas de las usuarias al sector sanitario, si bien representa un avance importante en términos de inclusión de la “perspectiva del paciente”, se hace de manera selectiva y sin socavar en ningún momento la prioridad definitoria biomédica. Se pasa, así, de un discurso que pone el acento en los sujetos que se embarazan, paren y amamantan, en sus prioridades y en sus criterios (que pueden llegar a ser contrarios a los que prevalecen en biomedicina, como en los casos de rechazo de algunas pruebas diagnósticas previstas para todas), a otro que se centra en la autoridad supuestamente neutral de la “evidencia científica” y de las sociedades expertas.

Las contribuciones que provienen de un tipo de asistencia no hospitalaria son también ampliamente desaprovechadas, reduciéndose a recomendaciones técnicas para favorecer un desarrollo fisiológico⁵⁶. El paradigma biomédico se mantiene así intacto, al reconocerse la necesidad de algunos ajustes, que no implican, en último término, un cuestionamiento profundo. Es más, la convivencia de los enfoques “fisiológico” y “de riesgo” permite, por un lado, justificar la inutilidad de invertir en personal especializado como la matrona para que acompañe todo el proceso de manera individualizada, y por otro lado seguir atribuyendo una elevada importancia a la tecnología para garantizar la seguridad del proceso. Es decir, si se trata de algo “natural”, la presencia o no de alguien con conocimientos y experiencia no tiene importancia alguna, pero si se sale de los parámetros considerados “normales”, entonces la intervención tecnológica se hace indispensable e intensiva. Así, por ejemplo, la SEGO admite un “cambio conceptual” en la asistencia, que ha hecho de la gestante su “eje fundamental” (2008: 1), y efectivamente introduce en sus recomendaciones importantes concesiones a las necesidades expresadas por las mujeres durante el parto (*cf.* Villarrea *et al.* 2015). Pero en su enfoque, definido al principio de este documento, que sustituye el protocolo de asistencia al parto normal publicado en 2003, el hospital se presenta como motivo único de que el nacimiento sea actualmente “un proceso bastante seguro y eficaz”, la atención profesional es la que determina el resultado deseado (“un niño sano”), y el respeto por las decisiones maternas se ve condicionado a que éstas no comprometan la seguridad y el bienestar de ella y del feto (SEGO 2008: 1-2). En definitiva, parece que el cambio consista en un menor intervencionismo, avalado por fuentes científicas e internacionales reconocidas, por una mejora en la comunicación de las informaciones (para que “la gestante entienda y acepte la oferta que le ofrece el centro elegido para el parto”, *id.*: 3) y por la integración del apoyo emocional en la asistencia. La madre sigue siendo

⁵⁶ Las personas que participan en los grupos de trabajos que se ocupan de la elaboración de estrategias y guías, además, forman parte de la que se describirá en el siguiente capítulo como primera corriente o tendencia en el parto en casa. Sin querer adelantar cuestiones en las que se ahondará más adelante, cabe mencionar, al menos, que esta corriente adopta precisamente el núcleo discursivo de la evidencia científica para defender su práctica.

una potencial “buena colaboradora” (*id.*: 6) para que se eviten determinadas actuaciones médicas, los tiempos mínimos para cada fase se siguen fijando desde una óptica determinista que no tiene en cuenta la multiplicidad de factores que intervienen en un parto, se restringe la aplicación de prácticas rutinarias como la episiotomía, pero su restricción depende siempre del criterio personal de quien esté asistiendo. Aquí lo que está en juego es la definición misma de “parto normal” (*cf. infra*, epígrafe 3) y el significado de expresiones como “no progresa adecuadamente”. ¿Adecuadamente respecto a qué? ¿Adecuadamente para quién? Precisamente en estas cuestiones es donde se va definiendo el contenido cambiante del “universalmente” pregonado protagonismo de las mujeres.

Llegados a este punto, y a partir de lo analizado hasta ahora, se puede avanzar la hipótesis de que los motivos de la ocultación de los nexos del enfoque humanístico con el feminismo y con la atención domiciliaria se deben a su radicalismo, en el sentido de su cuestionamiento profundo del modelo vigente. Al mismo tiempo, al detenerse sobre la incorporación de actores sociales habitualmente no tenidos en cuenta en la definición de la práctica clínica, no hay que subestimar su función legitimadora. La integración de asociaciones de mujeres en la formulación de la EAPN así como de otros documentos que derivan de ésta se da en un contexto en el que la “participación” y el “empoderamiento” han devenido las palabras claves en las políticas públicas dirigidas a sectores subalternos o marginalizados. La inclusión de “todas las personas y colectivos implicados” en un “proceso participativo” liderado por el Ministerio de Sanidad y Consumo se presenta desde el prólogo a la EAPN como manera de responder a “una demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias autonómicas” (2007: 3). Esto no impide, bien al contrario, es lo que podría explicar tanto la reducción de las aportaciones de estos colectivos a lo que es posible justificar en términos “científicos” como la selección de agrupaciones que efectivamente se apoyan, en su trabajo y en sus reivindicaciones, en argumentos biológicos, y/o priorizan la salud de quien nace. Es así en el caso de Vía Láctea⁵⁷, asociación de apoyo a la lactancia de larga trayectoria, que pretende facilitar una “búsqueda del instinto perdido” y hacerlo “en armonía con la ciencia”⁵⁸, y, de manera flagrante, en el caso de la Plataforma Pro Derechos del Nacimiento (PDN)⁵⁹. La PDN, que reúne “asociaciones, centros y profesionales con el propósito de humanizar la llegada de los bebés a la vida”, se funda en 1998 con el objetivo principal de ejercer presión para conseguir cambios sanitarios a favor de un “parto natural”. Así, desde sus inicios, se ha preocupado por recoger firmas exigiendo tanto la “humanización” de los nacimientos en los hospitales, como el reembolso de los

⁵⁷ Esta Asociación participa en la redacción y revisión de la GPC, y en el comité técnico de la ENSSR.

⁵⁸ Según sus propias palabras, <http://www.vialactea.org/node/17>.

⁵⁹ Plataforma que figura tanto en la elaboración de la EAPN como en el comité técnico de la ENSSR.

gastos ocasionados por la asistencia en casa. Precisamente en un folio de recopilación de firmas se leen sus principios rectores⁶⁰, que dicen apoyarse en las recomendaciones de la OMS, y que defienden el absoluto protagonismo de la criatura, y la importancia capital de la gestación, del nacimiento y de la primera infancia para la salud psicofísica futura de la persona. Entre ellos se pueden leer preceptos como el siguiente: “A ningún bebé se le debería privar de la creación del vínculo extrauterino con su madre. Es absolutamente necesario para el recién nacido permanecer junto a su madre, su vida biológica continúa en íntima unión con ella, que es lo conocido, su cuna, su alimento y su seguridad. Esta relación tendría que ser respetada porque el bienestar del recién nacido debe prevalecer *sobre cualquier otra consideración*” (cursiva mía).

Se puede sostener, por tanto, que ni la participación de algunas asociaciones de mujeres significa automáticamente fomentar cambios favorables para todas las mujeres, que tengan en cuenta sus diversas condiciones de existencia, ni la vinculación de profesionales particulares o de asociaciones como las mencionadas con el parto en casa⁶¹ es garantía necesaria y suficiente para una transformación profunda en la asistencia en general y en las experiencias de epp.

En último término, tanto las reivindicaciones feministas como las contribuciones del parto en casa son incorporadas sólo parcialmente, a través de un procedimiento selectivo tanto de las asociaciones y personas que participan en documentos e iniciativas públicas como de los argumentos considerados válidos. La evidencia científicamente avalada constituye el criterio de selección supremo. Así, a través de un énfasis en los casos particulares de mala praxis, se impide toda posibilidad de cambio profundo y generalizado. Este desplazamiento discursivo hacia el terreno de la evidencia tiene varias implicaciones: se pasa de una dimensión colectiva (compartida entre mujeres) a una individual (derechos del paciente), de la palabra de las usuarias a la de sociedades científicas, de una visión global-vital a unas recomendaciones principalmente técnicas. El *Proyecto de Humanización* de la Atención Perinatal en Andalucía forma parte y puede considerarse expresión de este proceso, que marca el paso de un discurso vital no sectorial a uno legal y sanitario.

⁶⁰ Es posible encontrar referencia a ellos en la siguiente página: http://www.durga.org.es/webdelparto/plataforma_pro_derechos_del_nacimiento.htm (consultado en diciembre de 2016). Cabe señalar que reformulaciones más recientes muestran un esfuerzo por introducir las necesidades de padres y, sobre todo, madres, a la hora de defender los derechos en el nacimiento. Muestra de ello podría ser, por ejemplo, el decálogo que se propone a madres, padres y profesionales, en la siguiente dirección: <http://pdn.pangea.org/nacimientos/derechos-del-nacimiento/>.

⁶¹ Por reunir a profesionales y centros que trabajan en la asistencia domiciliaria, y reivindicar su cobertura pública, o por experiencia personal de las socias. Este último es el caso de Vía Láctea, cuyas fundadoras dieron a luz en casa. Según sus palabras, precisamente “vivir unas experiencias de partos libres y gozosos en sus propios hogares” les sirvió de impulso y fuerza motora a la hora de constituirse en asociación para ocuparse del acompañamiento al periodo de posparto.

2.3. El Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía

En Andalucía el *Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal* “se desarrolla en el marco de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para impulsar la Estrategia de atención al parto normal” (Junta de Andalucía, Consejería de Salud 2010), pretendiendo humanizar la atención “desde una perspectiva de género” (*id.*) y hacer compatible el uso de la tecnología con la participación activa de mujeres y parejas⁶². Sus inicios remontan al 2006, dándose en ese año las primeras actividades formativas en los hospitales andaluces.

Con respecto a las opiniones de matronas, madres y padres que han participado en la presente investigación, cabe señalar que si las primeras tienen un juicio bien definido sobre el Proyecto, las parejas muestran casi siempre un desconocimiento absoluto de esta iniciativa. Efectivamente, está enfocado al ámbito profesional y, más en concreto, a profesionales en activo del sistema sanitario público, a los que se han dirigido una serie de actividades formativas, en gran medida coordinadas por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Sin embargo, no deja de ser significativo este desconocimiento, sobre todo en personas que se han dedicado a una búsqueda muy activa de informaciones durante el embarazo, revelando la permanencia de una separación bastante neta entre figuras expertas, usuarias y familiares, que en teoría se pretende superar.

Entre los objetivos específicos de este proyecto destaca la promoción de la lactancia materna y la reducción de las tasas de intervenciones, la recopilación de buenas prácticas en la atención y la voluntad de abarcar, en su fase más avanzada, a todos los centros públicos. Más allá de los recortes presupuestarios, que ciertamente han incidido negativamente en esta iniciativa, las principales limitaciones deben asociarse a cuestiones ya analizadas en apartados anteriores. Aquí nos centraremos en algunas propuestas concretas, en la percepción de cambio de las matronas entrevistadas y en sus opiniones sobre el Proyecto, para luego llegar a algunas conclusiones de carácter más general, que enlazan con las reflexiones desarrolladas en los apartados anteriores e introducen el siguiente, dedicado a los planes de parto.

En Andalucía, lo que se ha definido como enfoque humanístico en la atención se defendía ya en 1995 en un decreto específico (101/1995) dirigido a defender los derechos de madres, padres y recién nacidos. Por tanto, desde un punto de vista normativo, en esta Comunidad al menos, existen abundantes referencias legales que sostienen el protagonismo de las personas directamente interesadas, y especialmente de las madres, estando éste último previsto en los Planes de Igualdad.

⁶² <http://www.perinatalandalucia.es/>

Las propias comadronas entrevistadas coinciden en que Andalucía fue precursora en muchos sentidos, y que hospitales particulares, como el de Huerca Overa, en provincia de Almería, introdujeron con anterioridad indicaciones que van en un sentido desmedicalizador, y siguen siendo referentes de práctica clínica⁶³. Con el *Proyecto de Humanización* de la Atención Perinatal, sin embargo, se pasa de una dimensión exclusivamente legal, de reconocimiento de derechos, y de experiencias particulares que dependen fundamentalmente de decisiones personales, a una dotación de recursos en la sanidad pública, para fomentar cambios concretos y generalizados. Éstos se han pretendido implementar principalmente a través de actividades inicialmente dirigidas a formar formadores, luego a los centros hospitalarios que las requerían, para terminar con una incorporación obligada a todos los centros públicos. Pero las actividades programadas no han sido puestas en marcha de manera sistemática en todos los hospitales, ni existen mecanismos de evaluación claros. Se observa, además, a lo largo de estos años, una focalización progresiva en el tema de la lactancia materna y del contacto inmediato madre-bebé (también conocido como “piel con piel”), que asume centralidad casi absoluta en las noticias de cursos y jornadas más recientes⁶⁴.

Favorecer el contacto precoz ha sido un importante comienzo para que algunas de las matronas entrevistadas empezaran a cuestionarse la utilidad de otras prácticas rutinarias:

Yo esto me formé de una manera muy intervencionista, no sé qué, aunque mi trato fuera bueno es verdad que yo toda la formación que recibí fue esta, yo no recibí otra. Pero una de las cosas que yo desde que me formé veía claro, era el tema de la lactancia. O sea que yo empecé a moverme en todo esto por el tema de la lactancia, ¿sabes? Porque yo en el hospital que me formé una vez que las mamás parían los niños se los llevaban y las mamás se quedaban ahí. Y luego, cuando estaban en la planta ya se juntaban. Y todavía recuerdo como que yo decía: no puede ser normal que los bebés no cogen la teta, con estas dificultades, todo como muy difícil, ¿no? Como que [...], que yo sentía que había algo allí que no podía ser, entonces, cuando empezamos, el primer proyecto de investigación que hicimos fue del contacto piel con piel [Jana, 41 años].

Pero centrarse en la lactancia materna, como admite la propia Jana, no requiere cambios sustanciales en la visión del proceso de parir ni genera tantas controversias como otras prácticas:

Ahí no hubo roces por ningún lado, porque no afectaba a la [...], es como que los ginecólogos no se sentían atacados en su [...], y fue a raíz de esto, yo creo, cuando empecé ya [...], y ya luego empiezas a leer, a mirar [Jana, 41 años].

La lactancia materna puede ser un impulso para ir extendiendo las críticas y los cambios a otras cuestiones, pero también puede servir para canalizar la atención hacia un tema que no requiere de

⁶³ Sus protocolos pueden consultarse en la siguiente página:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/protocolos.html>

⁶⁴ <http://www.perinatalandalucia.es/course/view.php?id=19>

grandes inversiones y que atañe sólo lateralmente a la asistencia sanitaria, ya que gran parte de los problemas se generan después del parto, y en un contexto social más amplio que no favorece, precisamente, el amamantamiento (Massó 2015a).

Por otra parte, parece que gran parte del esfuerzo se ha dirigido a eliminar una serie de “absurdos” de la práctica clínica, que seguían muy presentes, a pesar de toda recomendación y de toda protesta. Se habría realizado, en suma, un cambio en un sentido de disminución de algunas intervenciones, más que de incorporación de nuevas modalidades. Cuantificar el número de cesáreas, de partos instrumentales, de uso de determinados medicamentos, de episiotomías etc., además, no resulta del todo apromblemático. Además de las posibilidades de subregistro de las que se consideran “intervenciones menores”, señaladas en distintas ocasiones en las entrevistas, la presión por adecuar las tasas de intervenciones a los estándares establecidos puede llegar a producir situaciones algo paradójicas:

Vamos a ver [medio suspirando], yo he trabajado con ginecólogos encantadores que trabajaban muy bien, y también esto es como una vuelta de tornillos para ellos, porque resulta que si tienen que tener una tasa del 10% de cesárea o de 12 porque el jefe de servicio ha dictaminado que es así, y esta guardia tienen la mala suerte que vienen bebés que no salen, es como: ya hemos hecho tres, no podemos hacer más [Patricia, 43 años]

Entre las críticas dirigidas al *Proyecto de Humanización* por las comadronas entrevistadas se encuentran: la escasa importancia proporcionada a la atención primaria, cuyos contenidos evidentemente también habría que cambiar, para que haya cierta coherencia y continuidad con respecto a la asistencia al parto; la reducida participación de otros profesionales (no matronas), como ginecólogos/as, anestesistas, pediatras, a los que en principio también van dirigidas las actividades formativas; los recortes presupuestarios de los últimos años; la no obligatoriedad de la participación, por un lado, y la inutilidad de imponer a todos los hospitales un programa formativo o dotación de materiales, si no existe ninguna voluntad de cambio, por otro; la inutilización de materiales, por incapacidad o por decisiones de superiores; la burla hacia técnicas provenientes de otros sistemas médicos (como la moxibustión⁶⁵) o hacia una actitud vigilante, compasiva, paciente y poco activa⁶⁶. De manera general, podemos identificar dos tendencias: una más optimista, que subraya la lentitud del cambio, con expresiones como “queda mucho por hacer” o “mucho camino por recorrer” o “esto es muy lento”; otra que se inclina por la imposibilidad estructural de un

⁶⁵ La moxibustión es una técnica proveniente de la medicina tradicional china que consiste en estimular puntos específicos del cuerpo, a través del calor producido por un “puro” de hojas de artemisa disecadas. Se puede utilizar a lo largo del embarazo, para provocar cambios en la posición intrauterina del feto.

⁶⁶ Así, según relatan las matronas entrevistadas, se desvalorizarían algunas prácticas etiquetándolas de “brujería”, “cosas de hippies”, “tonterías”, “mentiras” u otras definiciones que marcan la frontera entre lo que es Obstetricia y lo que no lo es.

cambio profundo. En ambos casos se considera necesario y positivo que se trabaje para mejorar la asistencia primaria y hospitalaria, aún en aquellas situaciones de dedicación profesional exclusiva al parto en casa. Y en efecto, cambiar el enfoque general de la atención podría también significar una mayor aceptabilidad de la asistencia domiciliaria, que hasta la fecha sigue manteniéndose como algo absolutamente marginal, ampliamente desconocido y, por lo general, no muy bien visto (*cf.* cap. 4).

Pero las palabras de las matronas domiciliarias andaluzas nos parecen relevantes sobre todo por atribuir a la “humanización” un sentido que trasciende la realización de menores intervenciones tecnofarmacológicas, las habilidades de comunicación y también el uso de herramientas diferentes de las habituales, como sillas de parto o pelotas de dilatación, aunque estas cuestiones también estén presentes en sus discursos.

Así, aún en los juicios más favorables, se pueden entrever los límites de unas reformas que no modifican la percepción victimista de las mujeres de parto, que resultan incapaces de abrirse a un manejo no medicalizado y cuya función parece ser, en el fondo, principalmente propagandística:

Bueno, a ver, tampoco hay que ser tan negativa. Han servido [las reformas] para quitar algunas de las cosas que se hacían en las maternidades, que eran *totalmente absurdas*, y que no servían para nada. Pero humanizarlo humanizarlo, no se ha humanizado el parto, para nada. Es decir, han quitado algunas cosas, los enemas, el rasurado, el separar al [...], los nidos, ¿no? es decir el que le bebé esté en los nidos y la madre en otro lado, separados, y no se junten, el tener que aspirar al bebé sí o sí porque sí, después de nacer. Han quitado así algunas cosas que eran muy absurdas y que eran muy [...]. Pero en realidad, se sigue haciendo lo mismo llamándolo de otra manera y con otras técnicas. Humanizar el parto no es poner una bañera de parto en el paritorio. Humanizar el parto es [...], es pues esto, dejar que la mujer elija, que la mujer grite. Tú en un paritorio, cuando oyes a una mujer gritar: pobrecita, es que no le han puesto la epidural. Y todo el mundo: ¿no te vas a poner la epidural? ¿no te vas a poner la epidural? ¿no te vas a poner la epidural? [Marta, 44 años].

Esta explicación de la “humanización” como un permitir que la mujer grite es especialmente sugerente, porque muestra los diferentes contenidos posibles del significante “humanizar”. Aquí su significado es la recuperación del sentido de humanidad y el otorgamiento de subjetividad plena, lo que implica *también* poder sentir dolor y poder expresarlo, sin que esto produzca incompreensión, juicios victimistas y, en definitiva, únicamente soluciones técnicas.

Por último, la frustración frente a la lentitud de los cambios da paso a menudo a una interpretación del *Proyecto de Humanización* como algo “de fachada”, “muy bonito pero luego no efectivo”. Y en esta interpretación hay quien se desliga totalmente del modelo hospitalario, aún en su vertiente “humanizada”, anticipando algunas divergencias internas a la asistencia domiciliaria, que se afrontarán en el siguiente capítulo:

Es como [...], imagínate que hay una perla envuelta en una pelota grande de barro, el *Proyecto de Humanización* está rascando la parte superficial [hace el gesto de rascar con un dedo]. Es muy difícil también, ¿eh? Entonces es como un lavaito de cara o [...], sí hay cosas buenas de esto también, no quiero hacer una crítica [...], o sea creo que es como que está habiendo un cambio, pero es como si yo jugara ya en otra liga. Estoy tan lejos de esto que es como [...], este cambio se me queda [...], lo veo muy chiquitito. O sea, así como desde dentro puede parecer: ui, dios mio, qué cambio más grande, yo lo veo muy chiquitito, como que hasta el núcleo falta todavía [...] [Ernesto, 36 años].

Para ir concluyendo, diferentes niveles interactúan para circunscribir la humanización a algunas cuestiones concretas, limitando el alcance que se derivaría tanto de la definición de Fortaleza con la que se ha empezado este epígrafe, como de las interpretaciones de las matronas de parto en casa o de las demandas de colectivos de usuarias como *El Parto es Nuestro*. Al no discutirse la superioridad de la autoridad profesional y de las definiciones científicas, y al no poner en un mismo plano las diversas dimensiones que contribuyen a una vivencia saludable del epp, se perjudican los cimientos de un diálogo potencialmente fructífero, entre profesionales y usuarias, y entre modelos hegemónicos y subalternos⁶⁷. De esta manera se diluyen las contribuciones feministas y las del parto en casa, dando solamente la ilusión de un cambio, un cambio que, de acuerdo con las palabras de una comadrona, se quedaría “cojo por todas partes”.

La institucionalización de medidas, como los planes de parto, que son fruto de una demanda social precisa, ejemplifica muy bien este proceso de absorción y reducción, que no impide, en todo caso, el uso estratégico de otros formatos, más personalizados, de plan de parto⁶⁸.

2.4. Los planes de parto: entre reivindicación y manipulación

Los planes de parto son documentos en los que las embarazadas pueden expresar sus deseos, necesidades y preferencias en relación a su parto en el hospital. Incluyen tanto cuestiones como el acompañamiento de una persona concreta, el deseo de llevar algunos objetos personales tales como ropa, música, pelota de dilatación etc., como las intervenciones de las que se prefiere prescindir: las referidas a la madre (episiotomía, oxitocina, epidural, etc.) y las previstas para el/la recién nacido/a (vitamina K, colirio o pomada antibiótica y vacuna de hepatitis B son las más comunes). Se suelen

⁶⁷ Nos referimos a los modelos hospitalario y domiciliario.

⁶⁸ En lo relativo a las madres que han participado en esta investigación, cabe señalar que no todas han optado por presentar un plan de parto: a algunas no les ha dado tiempo, otras ni se lo han planteado, bien por haber parido antes de la difusión de estos documentos, bien por estar seguras de terminar el parto en casa. Pero quien ha utilizado esta herramienta lo ha hecho básicamente por un motivo político, a veces presentando una copia en diferentes hospitales, para que se visibilizara, a nivel social y sanitario, la demanda de un cierto tipo de asistencia, y en menor medida también como pretexto para repasar informaciones e identificar preferencias personales. Ninguna de las que han redactado un plan de parto lo ha hecho utilizando el formulario propuesto por la Junta de Andalucía, sino que se han servido de diferentes modelos, para ir construyendo uno adaptado a sus propias exigencias.

entregar antes de dar a luz, para que se incorporen a la historia clínica, y/o se llevan directamente el día del parto. En algunos casos se entregan varias copias en los distintos servicios del hospital al que se va a acudir: Atención al Usuario, Servicio de Ginecología y Obstetricia, y Servicio de Neonatología.

En el Estado español empiezan a difundirse a partir de otros modelos europeos, para dar visibilidad a una demanda social, además de como intento de algunas mujeres de tomar decisiones sobre su parto. Inicialmente muy poco utilizados, y con una acogida no exactamente entusiasta en el contexto profesional, se integrarán en el sistema sanitario público, siendo propuesto su uso por parte de las propias instituciones sanitarias. Una vez más Andalucía se demuestra pionera, al redactarse un modelo desde la Consejería de Salud en 2009, traducido a varios idiomas (francés, inglés, rumano, polaco, árabe, castellano y alfabeto braille) y que anticipa dos años el formato propuesto a nivel ministerial. Anteriormente, asociaciones de usuarias como EPEN se habían encargado de dar difusión a varios ejemplos de plan de parto, sugiriendo en su página web algunas preguntas a dirigir al personal sanitario respecto a sus prácticas habituales y a las políticas del centro. Constituían, por tanto, una herramienta de sensibilización e información para las mujeres, y, al mismo tiempo, un instrumento de lucha, para defender sus derechos. Pero su función defensiva se ha ido perdiendo paulatinamente, generando interpretaciones diversas y confusiones sobre su utilidad y sus usos.

Para algunas de las matronas entrevistadas, y como también muestra un documento redactado en uno de los hospitales integrados en el *Proyecto de Humanización* desde sus inicios⁶⁹, se deberían plasmar solamente decisiones personales no concernientes a lo que se define más estrictamente como práctica clínica, para la que ya existen recomendaciones de diferentes organismos y herramientas como las hojas de consentimiento informado para aceptar o negarse a determinadas actuaciones. Sin embargo, las mujeres que los utilizan suelen hacer referencia precisamente a disposiciones legales y recomendaciones internacionales, estatales o autonómicas para respaldar sus decisiones, recurriendo, implícita o explícitamente, a la evidencia científica o a lo que, en términos jurídicos, se define *lex artis*⁷⁰. Citar fuentes sanitarias, así, es lo habitual sobre todo al rechazar

⁶⁹ En el formulario propuesto por las matronas del Hospital de Úbeda se excluyen las “peticiones clínicas”, basándose en el siguiente razonamiento: “No se incluyen de forma general peticiones sobre prácticas clínicas (no enemas, no rasurados, no estimulación, tipo de monitorización...), puesto que pensamos que cada caso es único y ante cualquier intervención tienes derecho a que te informen y des tu consentimiento. El instrumento legal para no someterte a intervenciones de rutina pensamos que no es el plan de parto, sino la firma de la denegación de tratamiento. No obstante sabemos que muchas mujeres presentan planes de parto con el objetivo de solicitar ser atendidas según las recomendaciones científicas. Por ello sugerimos incluir el siguiente texto en la presentación (la verás en el formulario). Pensamos que con esto es suficiente: «Hemos realizado este plan de parto con el objetivo de mostrar cuales son nuestras preferencias para el nacimiento de nuestro bebé. Hemos omitido cualquier petición clínica pues confiamos en que vamos a recibir una atención de calidad basada en las recomendaciones de organismos e instituciones (IPN, SEGO, OMS, M Sanidad...) y sé que me solicitarán el consentimiento informado en el caso de que tengan que realizar alguna intervención para el correcto desarrollo de mi parto». [cursiva en el original]. De <http://www.matronas.objectis.net/plan-de-parto/form>.

⁷⁰ La *lex artis* se refiere a las prácticas adecuadas al conocimiento alcanzado en una área profesional específica, en un

algunas prácticas obstétricas comunes. Efectivamente, el plan de parto nace frente al incumplimiento de leyes que afirman el principio de autonomía del paciente, de recomendaciones y guías de práctica clínica, y también como reacción a un uso inoportuno del consentimiento informado. Si desde EPEN se ha denunciado el uso abusivo de esta herramienta para obtener la firma de las interesadas a hojas en las que se aceptan por anticipado y en bloque una serie de intervenciones probables, o un empleo limitado exclusivamente a determinadas actuaciones (la episiotomía, por ejemplo, no suele incluirse en ellas), hablar de consentimiento deja de por sí poco margen a la participación activa. El consentimiento a “opciones que otros establecen” (Valls-Llobet 2010: 366) difiere de una decisión autónoma o negociada, que es lo que en principio se pretendía fomentar con los planes de parto. En todo caso, ni un documento ni otro sustituye el diálogo con las figuras profesionales.

Ahora bien, “planificar el parto” puede resultar muy válido a distintos niveles. A nivel personal, permite encontrar un espacio de reflexión para pensar en deseos y necesidades, informarse y eventualmente discutir las diferentes opciones con otras personas, sean profesionales de la salud, amigas, pareja o foros en Internet. A nivel profesional, ha contribuido a generar debates y a veces cierta disposición autocrítica. A un nivel más inmediato y concreto, ha podido evitar explicar y hablar excesivamente en el momento del parto, ya que gran parte de las opciones elegidas ya se habían recogido en un texto escrito. Finalmente, como reivindicación, ha actuado como forma de presión para que se produjera un cambio institucional, y sigue funcionando como recordatorio de éste y demostración de una voluntad compartida entre mujeres.

Francisca Fernández llega a considerar el uso inicial de los planes de parto como un hecho revolucionario, por enfrentarse directamente con el manejo experto del proceso, y representar una toma de palabra de las mujeres en una cuestión que parecía no competerles:

El hecho de que una mujer pudiese plasmar sus decisiones en un documento ya era muy valioso, pudiera pensar el parto, era absolutamente revolucionario, porque en general los médicos y las matronas decían: ¿pero qué tienes tú que pensar? Tú te presentas aquí, con tu cuerpo, y tu mente te la dejas en casa, es un proceso fisiológico. Ellos sí que naturalizan, ¿ves? Nosotras hicimos todo lo contrario, que el parto también se piense [Francisca Fernández].

Aparecen, en sus palabras, los riesgos implícitos de un enfoque fisiológico, el de un indefinido “ellos” que representa al sector médico-obstétrico. Los límites de biologizar todo el proceso, en parte ya subrayados en los apartados anteriores, devienen manifiestos a la hora de definir si un plan

momento histórico y en un contexto determinados. En este caso se corresponde al consenso de la comunidad científica (o evidencia científica), aunque a menudo éste no esté tan claro, generando controversias entre figuras expertas, muy evidentes, por ejemplo, en los casos judiciales de denuncia de mala praxis.

de parto contiene *solamente* deseos y necesidades particulares, o decisiones informadas de las mujeres que esperan un hijo/a:

O sea, el hecho de que una mujer pudiera plasmar deseos, decisiones informadas, porque dicen que son deseos, como de una niña pequeña, yo digo que son decisiones informadas [Francisca Fernández]

Distinguir entre deseos y decisiones informadas, como si los primeros fueran caprichos de poca importancia y escasa validez, y por tanto los únicos que puedan dejarse en mano de las madres, mientras que los segundos fuesen los verdaderamente importantes, reproduce una división dicotómica y jerárquica que desde el parto en casa se intenta superar, pero que de un punto de vista legal y estratégico se hace necesario mantener. Así para Emilia, matrona de parto en casa, elaborar un plan de parto es como escribir una carta a los Reyes, un ejercicio de imaginación y de introspección en el que el deseo tiene un papel protagonista:

Es decir para mi hacer un plan de parto es sentarse y pedir al universo qué es lo que deseo para el nacimiento de mi hijo, como la niña que se sienta escribe la carta a los Reyes, ¿no? [Emilia, 36 años].

Al proponer institucionalmente los planes de parto, en cambio, se ha reducido también considerablemente su potencial de crítica y de participación materna. El modelo propuesto y utilizado en los Centros de Salud es principalmente informativo, utiliza un formato estructurado con respuestas cerradas en el caso de ofrecer varias opciones (y no sólo informaciones), y no incluye la posibilidad de negarse a tratamientos. Esto último es especialmente evidente en el apartado dedicado al recién nacido, en el que se enumeran los medicamentos administrados a todos los recién nacidos, previendo solamente la posibilidad de demorar su aplicación: “Deseo que se administre vitamina K oral a mi bebé tras el nacimiento y me comprometo a la continuidad de su administración en domicilio de acuerdo a la pauta que se prescriba” (Consejería de Salud, Junta de Andalucía 2009: 25). En definitiva, se trata de un formulario más enfocado a los equipos profesionales que a las madres, ya que resulta fácil de leer, las posibilidades están ya determinadas con anterioridad y son además bastante restringidas⁷¹. Si para algunas de las madres entrevistadas sencillamente “no sirve para nada”, las matronas matizan, admitiendo que podría tener una función importante acompañado de las debidas informaciones y, siempre, del diálogo, y no solamente como una actuación protocolaria más, medida en número de cartillas entregadas.

Por último, aunque se haya creado un formato estandarizado y simplificado, esto no implica que se

⁷¹ El apartado dedicado a las diferencias culturales, por ejemplo, está enfocado a las necesidades de traducción de un idioma a otro, aunque también se dejen un par de líneas para otros requerimientos, salvo añadir que serán respetados “en la medida de lo posible, siempre y cuando se atenga a la legalidad vigente y no suponga un riesgo para su salud o la de su futuro hijo o hija” (*id.*: 21).

respete siempre. En primer lugar, en el mismo se añaden expresiones como “de acuerdo a las indicaciones del personal que le atiende” o “si la situación lo permite” que ponen en claro la prioridad del criterio médico clínico. En segundo lugar, se puede cambiar de opinión, y lo que tendrá validez será la palabra de la madre en el momento concreto en que la exprese:

Un plan de parto a nivel legal es papel mojado, porque después en esta situación esto será válido o no será válido lo que tú has firmado, porque médicamente no esté indicado, lo que tú has firmado, o porque cambies de opinión en este momento, lo que prima es lo que tú dices, no lo que has escrito. Entonces yo creo que el plan de parto es más una reivindicación social para que cambien las cosas. Es decir, tenemos 400.000 planes de parto este año sellados en los hospitales, y esto significa que algo tenemos que cambiar [Patricia, 43 años].

La utilidad de un plan de parto es por tanto ampliamente limitada, dependiendo fundamentalmente de la actitud del personal sanitario, no solamente hacia estas cartas o formularios, sino hacia el parto en general y hacia el papel de la madre en particular. Se entra en un mecanismo perverso en el que este documento se respeta en situaciones en las que ya se tiende a respetar la voluntad de las personas usuarias. Proporciona sin duda la facilidad de no tener que expresarse verbalmente, con profesionales que no se conocen de antemano, pero no añade nuevos derechos ni introduce, al menos en la manera en que se utiliza, nuevas posibilidades de diálogo.

En definitiva, el plan de parto presenta grandes ambivalencias, representativas de las que caracterizan de manera más general al *Proyecto de Humanización*: es un documento reivindicativo, pero también es expresión de prácticas que ya deberían ser así, al menos a nivel legal y científico; tiene por objetivo una mejora en la asistencia y facilitar la comunicación entre usuarias y profesionales, pero puede dar lugar a reacciones absolutamente contrarias, interfiriendo negativamente tanto en la asistencia como en el diálogo clínico; es un documento escrito en el que se detallan las voluntades de la madre, pero tiene escaso valor legal, siendo prioritario el criterio médico y el intercambio oral. Que su aceptación y la consecución de un “parto respetado” se asocie a la *suerte* no solamente en los relatos maternos de un grupo específico de mujeres sino también en una página web institucional, la de las matronas del Hospital de Úbeda, en conclusión y cierre del citado formulario de plan de parto que proponen nos parece, así, de lo más significativo:

Desde la web de las Matronas de Úbeda, te deseamos que tengas suerte, acepten tu plan y que al final puedas conseguir tu parto respetado⁷².

⁷² <http://www.matronas.objectis.net/plan-de-parto/form>

3. El “parto normal” y sus legítimas asistentes/acompañantes

“El parto es humano, y el parto es un parto. Y al que hay que ponerle adjetivos es al que no es normal, pero el que es normal se llama parto y nada más” [Patricia, 43 años].

“Normal es lo que hace la mayoría, si la mayoría tira a sus hijos por la ventana, esto es normal [risas]. ¿Tú esto lo sabías o no? No, no, aquí tiramos a los niños por la ventana, es bastante normal, no significa que sea bueno” [Ernesto, 36 años].

Al acercarse a estudiar la asistencia al parto desde una perspectiva antropológica, lo primero que sorprende es la abundancia de adjetivos que acompañan a la palabra parto y el hecho de que, según el contexto y la persona que los utilice, asumen un significado diferente, convirtiéndose en una especie de rompecabezas para cuantos intentan identificar cierta coherencia y sistematicidad en sus usos. Humanizado, natural, salvaje, fisiológico, mamífero, normal. Todos tienen en común el referirse a unas intervenciones técnicas y farmacológicas mínimas, pero también muestran la dificultad de nombrar algo que desde hace un tiempo se ha venido cediendo al monopolio médico, y que por lo tanto se gestiona desde este ámbito. Así, por ejemplo, “natural”, término muy debatido tanto a nivel antropológico como en las elaboraciones teóricas feministas, puede ser sinónimo de vaginal, indicando solamente que no se ha efectuado una intervención quirúrgica mayor como es la cesárea; referirse al no suministro de fármacos durante el parto o a la ausencia de actuaciones tecnomédicas concretas; o utilizarse exclusivamente para los nacimientos que acontecen fuera de la institución hospitalaria. Sin entrar en los matices que pueden adquirir todos estos adjetivos, y que van condensando las diferentes visiones y prácticas alrededor del parto, se prestará atención aquí a uno solo de estos atributos, el de “normal”. Su frecuencia de uso, tanto en los documentos oficiales de diferentes organismos, como para definir el campo de actuación de las matronas, y así mismo delimitar la asistencia domiciliaria, merece una reflexión más profunda.

El impulso hacia la “humanización” del nacimiento en el espacio hospitalario viene, efectivamente, de una estrategia que, desde su título, aunque sin definirlo posteriormente, hace referencia al “parto normal” (MSC 2007). Por otra parte, la posibilidad de acción autónoma e individual de la matrona, es decir, sin necesidad del auxilio de otras figuras profesionales para asistir, se circunscribe a los “partos normales” (FAME 2009). Asimismo, la asistencia al parto en casa, siendo efectuada por matronas, se restringe exclusivamente a éstos.

Pero, ¿qué es un “parto normal”? ¿Un concepto estadístico? ¿Normativo-comportamental? ¿Referido al tipo de asistencia proporcionada o a la evolución del parto?

Si todas estas dimensiones aparecen en las conversaciones con matronas, junto con un rechazo explícito, en más de una entrevista, del término “normal”, para subrayar la unicidad de cada parto o

la variabilidad de los criterios de normalidad, definir el “parto normal” ha sido el cometido de diferentes actores institucionales. A partir de un análisis de estas definiciones se pueden identificar al menos tres directrices en la interpretación de normalidad y en la aplicación que deriva de ella. Una primera hace referencia a la categoría de “bajo riesgo” en el embarazo, aunque admita que los embarazos catalogados como de “alto riesgo” puedan dar lugar a un “curso normal del parto” (OMS 1996). Una segunda se remonta igualmente a los riesgos durante la gestación, pero no incluye la posibilidad de un “parto normal” para el “alto riesgo” en el embarazo, dejando intuir además que lo normal no es precisamente lo más habitual (SEGO 2008). Una tercera no menciona las categorías de riesgo, sino que considera la espontaneidad del proceso, los ritmos individuales, el acompañamiento recibido y la importancia de factores psicológicos y socioculturales, más que técnicos, ya que no se precisa de ninguna intervención especial (FAME 2007, Villarrea y Fernández 2012: 114). Estas definiciones marcan orientaciones particulares, que difieren entre organismos internacionales, sociedades ginecológicas, asociaciones de matronas, y redes activistas para la mejora de la asistencia hospitalaria. En los párrafos que siguen se propone un análisis más detenido.

La OMS hizo un primer esfuerzo de definición, a partir de una crítica a un “enfoque de riesgo”, que declara un parto normal solo *a posteriori*, generando así una serie de comportamientos intervencionistas estandarizados. Su noción de la normalidad en el parto parte de tomar en consideración las categorías de riesgo en el embarazo, pero haciendo hincapié en una evaluación procesual de éste, por lo que tiene que volver a valorarse en el momento del parto si se dan las condiciones para una evolución fisiológica, a pesar de haber sido en un primer momento descartada. La definición se centra, por tanto, en el parto mismo, y tiene en cuenta algunas características específicas: embarazo a término (entre las semanas 37 y 42 de gestación), comienzo espontáneo, bajo riesgo desde el principio y hasta el alumbramiento, posición cefálica del feto, bienestar de la madre y del recién nacido después del parto.

La SEGO utiliza palabras muy parecidas, que sin embargo se distinguen por una aplicación más rotunda de las categorías de riesgo en el embarazo también al momento del parto (un embarazo definido de “alto riesgo” no puede dar lugar en ningún momento a un “parto normal”) y por una restricción de la normalidad a casos excepcionales. Esto último, aunque parezca una contradicción en términos, engarza perfectamente con un enfoque tecnocrático suavizado por la tendencia institucional humanizadora, pero que sigue atribuyendo un lugar predominante a una tecnología cuyo manejo, por otra parte, diferencia la especialidad médica de Obstetricia y Ginecología de la de

matronas⁷³. La afirmación de que el parto normal “es *el único tipo* de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido” (SEGO 2008: 2, cursiva mía) invierte el sentido común de normal como lo mayoritario o lo más habitual, para atribuirlo a todos los demás “tipos de parto” que necesitan de intervenciones médicas específicas. De esta forma se normalizan implícitamente complicaciones e intervenciones, y se reduce la aplicabilidad de la etiqueta “parto normal” a casos puntuales.

En las definiciones de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y de la *European Network of Childbirth Associations* (ENCA), ésta última citada por Villarrea y Fernández (2012: 114), se tienen en cuenta otras dimensiones. La madre adquiere mayor protagonismo, se mencionan factores psicológicos y socioculturales como parte integrante del proceso, se hace referencia a los ritmos diferentes de cada una y a la no separación del bebé (ENCA), y a la única intervención necesaria: un apoyo integral y respetuoso (FAME). Aunque es posible señalar algunas diferencias, determinadas evidentemente por intereses particulares (atención centrada en las usuarias o en las funciones profesionales, presencia o ausencia de criterios biomédicos), estas definiciones de “parto normal” se complementan, en la medida en que introducen dos puntos de vista diferentes, el profesional de las matronas y el profano de las madres, que comparten un mismo no hacer mención a las categorías de riesgo en el embarazo. Aquí el juicio de normalidad se centra en el *acto*, basándose en cómo se desarrolla, y no en los riesgos, y por lo tanto en la *potencialidad*. La presencia de elementos reconducibles a los criterios biomédicos en la definición de la FAME (embarazo a término, falta de complicaciones, papel del acompañamiento profesional), ausentes en la de ENCA, se debe a su particular ángulo de visión, pero no cambia de manera relevante la significación de normalidad.

En todo caso, estas diferentes definiciones de un mismo concepto demuestran la variabilidad de usos, y por tanto también la posibilidad de equívocos. “Parto normal”, según el enfoque de quien se sirve de esta expresión, asume connotaciones bastante distintas, limitándose a los aspectos fisiológicos y a los potencialmente patológicos, o introduciendo otros, en una visión más integral del proceso, que tiene su núcleo en el proceso mismo. Sin embargo, parece existir cierto acuerdo en la definición operacional de “parto normal”, de la que se desprende ya no un enfoque particular sobre el parto y la asistencia, sino *qué* puede ser objeto de la atención de las matronas. Se va definiendo, de esta manera, un campo de actuación limitado a la “normalidad” en el epp, y a la capacidad de detectar anomalías para derivar a otros servicios y especialistas (Orden SAS/1349/2009).

⁷³ Aunque las matronas también se sirvan de alta tecnología como, por ejemplo, los monitores cardiotocográficos, el uso de gran parte de la instrumentación obstétrica sigue siendo exclusivamente médico.

En el parto, básicamente tres condiciones delimitan desde su inicio el espacio de actuación de las matronas: el tiempo de gestación, la posición del feto y el número de embriones. Parece haber cierto consenso en la delimitación del trabajo autónomo de las matronas a los partos que se dan entre la semana 37 y 42 de gestación, no entrando en la categoría de prematuros ni de retraso; en cefálica, o sea con la cabeza del bebé hacia abajo; y que no son gemelares. A lo largo de las entrevistas se mencionan también otros factores, más ligados a patologías o anomalías durante el embarazo, en la madre, en la placenta o en el feto⁷⁴, pero se repiten estos criterios como determinantes para que pueda efectuarse un parto domiciliario, sin el auxilio médico, y sin apenas aparatos tecnológicos (cf. cap. 4). La definición biomédica de parto normal, por tanto, es compartida, al menos a un nivel teórico general, para delimitar las competencias profesionales de las matronas. Lo que en cambio no queda muy claro es qué tipo de complicaciones pueden ser afrontadas por las matronas y cuáles no. Los confines entre un parto distócico o laborioso, así definido para distinguirlo de uno eutócico o normal, no son después de todo tan profundos⁷⁵. Una matrona puede tener habilidad y conocimientos para hacer uso de diversas maniobras y recursos, sin necesidad de una intervención médica, encontrando solución a situaciones complicadas. Si le está prohibido el empleo de determinadas tecnologías y fármacos, puede no obstante utilizar otros medios para resolver un estancamiento, una distocia de hombros o atender un parto de nalgas, por poner algunos ejemplos⁷⁶. En teoría, solamente en el momento en que no se resuelve algún problema con los medios disponibles se acude a otro especialista. Así, la matrona mantiene (o debería mantener) un papel protagonista en la asistencia y en la detección de anomalías. En definitiva, es a ella a quien tocaría establecer si el trabajo de parto se está manteniendo en la “normalidad” o no. En todo caso, una mejor definición legal de las competencias profesionales no impide, como se ha señalado, invasiones de campo más o menos frecuentes. La existencia de una pluralidad de figuras profesionales que ocupan el mismo espacio físico, muy especialmente en los hospitales de mayor tamaño, hace que sea bastante difícil mantener una separación clara de esferas de actuación en la práctica diaria. En los últimos años, además, con la aparición de un nuevo actor, la *doula*, se está llevando a cabo una defensa gremial “hacia abajo”, que termina reproduciendo aquellas relaciones de poder de las que las matronas suelen quejarse, al encontrarse habitualmente en posiciones

⁷⁴ Para tener una idea general de los casos que se consideran contraindicados para un parto en casa, puede consultarse la página web de un grupo de matronas de Granada: <http://www.oceancomadronas.org/pages/es/contraindicaciones.asp>

⁷⁵ Distocia y eutocia incluyen, ya etimológicamente, la palabra parto (τόκος en griego), sin embargo se usan comúnmente las expresiones redundantes “parto eutócico” y “parto distócico”, para referirse a la ausencia o presencia, respectivamente, de alteraciones en el trabajo de parto.

⁷⁶ En diversos números de las revistas *Ob Stare* se recopilan técnicas utilizadas por matronas y parteras de diferentes lugares para resolver algunos casos complicados. Destaca la mención a una maniobra descubierta y difundida por una comadrona para resolver las distocias de hombros (la *Gaskin maneuver*), por parte del renombrado ginecólogo Marsden Wagner, en su defensa del trabajo de las matronas y del parto en casa (Wagner 2002: 41).

subordinadas. En el apartado que sigue se analizarán algunas reacciones corporativistas ante el proliferar de esta semiprofesión, a partir del polémico *Informe doulas*, publicado por el Colegio de Enfermería. Se insistirá especialmente en cómo algunos posicionamientos afectan al parto en casa. Por último, se dará espacio a las opiniones de las matronas andaluzas que ofrecen asistencia domiciliaria, relacionando su punto de vista sobre las doulas y también las parteras empíricas, por un lado, con la mercantilización de la asistencia al epp, como parte de procesos más amplios, y por otro, con la cuestión no tan original pero igualmente relevante del monopolio del conocimiento experto. La cuestión del control sobre el conocimiento, en efecto, es una constante histórica en la asistencia obstétrica, pero cambian, evidentemente, las formas en las que se expresa y también sus puntos de partida. Si la figura profesional de la matrona se ha venido implantando en una realidad en la que existían numerosas parteras, revelándose las acusaciones de intrusismo algo absurdas, la aparición de las doulas acontece en un panorama muy diferente, en el que la gestión biomédica del epp y un itinerario formativo estandarizado para las matronas se han asumido socialmente como única posibilidad legítima.

3.1. Las doulas: nuevas figuras, nuevos conflictos

En febrero de 2015 el Consejo General de Enfermería, que reúne y representa a todos los Colegios del Estado, publica un informe que genera gran cantidad de polémicas. Más conocido como *Informe Doulas*, su título completo es *Informe sobre competencias de matronas y tareas que realizan las doulas*. En tonos violetas, como todo lo referido a mujeres de un tiempo a esta parte, y con una imagen de portada que retrata a una madre (a una barriga, mejor dicho) y a una matrona (un torso con bata blanca y estetoscopio, cf. fig. 8)⁷⁷, este texto mezcla una serie de estereotipos sobre las doulas y el parto en casa, con una visión victimista de las mujeres de parto, y un énfasis muy marcado en las posibles patologías en el epp. Criticado no solamente por las doulas, sino también por madres, asociaciones de usuarias y matronas que no se identifican con su contenido, muestra una imagen directiva y autoritaria de la asistencia al parto. De hecho podría también considerarse como una óptima condensación de lo que las madres y las matronas que eligen la opción domiciliaria rechazan.

⁷⁷ La imagen, además de la fragmentación del cuerpo de las mujeres hartas veces criticada, apunta a distinguir un ámbito profesional, señalado por un uniforme y un uso legítimo de instrumentos médicos, de otro que no lo es.



Fig. 8 Diseño de portada del *Informe doulas*

Las doulas son mujeres que prestan un servicio de acompañamiento físico y emocional antes, durante y después del parto, dando informaciones a partir de su propia experiencia de maternidad, ya que casi siempre son también madres, y de la formación recibida por parte de profesionales sanitarios de Obstetricia y Ginecología, sean matronas, obstetras o ginecólogos/as. Sus tareas pueden variar mucho: desde encargarse de cuestiones muy prácticas como cocinar y hacer la compra, a dar consejos posturales o sobre lactancia, a propiciar seguridad y confianza, a aliviar dolores y molestias. Constituyen, de alguna forma, una respuesta tanto a la crisis vital que supone la maternidad en sociedades tardocapitalistas como a las carencias evidentes del sector sanitario. Difundidas en otros contextos europeos y norteamericanos ya desde hace algunos decenios, y defendidas por parte de obstetras como Michel Odent y Marshall Klaus, su proliferación en el territorio del Estado español es bastante reciente. En particular, a lo largo de esta investigación, se ha venido apreciando un cambio considerable, desde un casi absoluto desconocimiento del término a un uso cada vez más común, al menos en contextos maternos. Su número parece también haber aumentado, según los datos expuestos por el *Informe* citado, basados, eso sí, exclusivamente en revisión de páginas web.

La falta de reglamentación a nivel tanto formativo como profesional produce cierta indefinición y amplifica el tono del conflicto con las matronas. El *Informe* demuestra ser una defensa empedernida de una parcela económica y laboral amenazada ahora por las doulas como lo era antes por las parteras y hace pocos años por la regulación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (Orden SAS/1729/2010)⁷⁸. Los términos que se utilizan recuerdan en parte las acusaciones hacia las parteras sin título todavía presentes hace apenas un siglo, aunque en rigor las

⁷⁸ La Asociación Española de Matronas protestó, en su momento, por la incorporación de competencias profesionales propias de las matronas, las relativas a la salud sexual y reproductiva, en esta especialidad (http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Neomatronas/elpepusoc/20101113elpepusoc_1/Tes). Su recurso fue finalmente desestimado en una sentencia de la Audiencia Nacional del 2012.

doulas no atienden partos, al menos no desde un punto de vista técnico. Se insiste continuamente y repetidamente en la incapacidad y falta de formación de estas figuras, cuyos actos parecen generar daños gravísimos a las mujeres ignorantes que las contratan, a sus bebés y a la unidad familiar. Se defiende, además, el papel del padre (dando evidentemente por sentada la heterosexualidad de la pareja y la existencia de la misma) en el parto como algo claramente e inevitablemente usurpado por las doulas, con frases que delatan una consideración más que escasa hacia la inteligencia de las personas no pertenecientes al ámbito sanitario, además de un desconocimiento profundo de la variabilidad de situaciones vitales de las mujeres. Sobre todo, lo que no se admite es la posibilidad de conocimientos válidos que puedan complementar los biomédicos⁷⁹. En todo el texto, además, parece darse por sentado que quién opta por el acompañamiento de una doula no acude a los servicios sanitarios, cuando la mayoría de las madres se sirve de diferentes recursos, desde el autocuidado a las visitas ecográficas y los controles efectuados por especialistas. Hay, por último, otra cuestión que parece insoslayable en este contexto. Y es que el ensañamiento contra las doulas, que se llegan a presentar como destructoras de la armonía familiar y del vínculo padre-hijo, generadoras de daños irreversibles y peligros gravísimos durante todo el epp, constituye también un ensañamiento contra prácticas heterodoxas atribuibles a otra modalidad de asistencia, esto es, la domiciliaria.

La conexión de las doulas con la asistencia domiciliaria al parto se hace explícita en un punto del documento en el que se afirma que las matronas de parto en casa son las que ofrecen formación no reglada ni acreditada a doulas, para sus propios intereses. En un razonamiento algo perverso, que da por sentada la recepción pasiva de informaciones por parte tanto de las doulas como de las madres, se llega a ilustrar un tipo de formación enfocada a que las doulas convenzan a las madres a parir en casa (*id.*: 98). De esta forma, en primer lugar, no se tiene en cuenta que gran parte del trabajo de las doulas está dirigido al apoyo antes y después del parto, y también al acompañamiento en hospital, o que existen cursos para doulas impartidos por obstetras, online o presenciales; y, en segundo lugar, se muestra un profundo desconocimiento del parto en casa. No solamente la asistencia domiciliaria

⁷⁹ Los únicos conocimientos complementarios (a los de las matronas) considerados válidos son los de los médicos, siendo las titulaciones universitarias en el ámbito sanitario las que establecen la cualificación para aportar informaciones útiles. Los conocimientos “otros” no sirven, ni de modo complementario: “La información que la mujer recibe de la matrona no necesita ser complementada por parte de una persona no cualificada (Doula), solo puede ser complementada o supervisada por un Médico si éste o la propia Matrona así lo consideran (*id.*: 60)”. La distinción entre conocimientos correctos y equivocados, adecuados e inadecuados llega a extremos disparatados. Así, se acusa a las doulas de elaborar planes de parto incorrectos, que producirían riesgos para la salud (*id.*: 58), cuando la aceptación de un plan de parto está sujeta al criterio médico; se insiste en la inutilidad de estas figuras, ya que “todos los condicionantes” estarían cubiertos por los profesionales competentes (*id.*: 56), negando así implícitamente las enormes carencias del sistema sanitario; se considera inoportuno y además imposible que una doula pueda proporcionar confort durante el parto (*id.*: 69), y apoyo en la lactancia (*id.*: 72), para lo que no posee formación, ignorando una realidad social en la que muchas madres encuentran un apoyo satisfactorio en otras madres o en amigas, retribuidas o no, más que en hospitales y Centros de Salud.

es un servicio privado que las mujeres contratan, sino que la convicción de las madres en sus decisiones es fundamental para su realización (*cf.* cap 4).

Es indudable, sin embargo, que estas figuras se apoyan en una visión no medicalizada del epp muy cercana a la que se fomenta desde el parto en casa. Algunas de las prácticas de las que son acusadas, tanto en el informe como en el dossier de prensa que lo difundió y en entrevistas periodísticas a representantes de asociaciones de matronas, implican un cuestionamiento profundo del modelo biomédico, que caracteriza al menos una parte de la asistencia domiciliaria (*cf.* cap. 4). No suministrar medicamentos al recién nacido, demorar abundantemente el corte del cordón, valorar la placenta no como desecho sino como parte integrante del desarrollo fetal e importante fuente energética en el posparto, comparar la episiotomía con una mutilación genital, denunciar la violencia e inutilidad de exploraciones vaginales repetidas, son todas maneras de hacer que se atribuyen a las doulas, interpretándolas como un claro indicio de irresponsabilidad, y acusando así implícitamente otro modelo de atención. Así, en el informe se insiste en el peligro que supone evitar la administración de medicamentos “necesarios” después del nacimiento (*id.*: 103), mientras que en el dossier de prensa⁸⁰, en el decálogo y en artículos periodísticos se pone el acento en cuestiones más espectaculares, como la práctica de la placentofagia⁸¹, que se llega a considerar una muestra de canibalismo, o unos supuestos rituales contrarios a la salud pública⁸².

Ahora bien, más allá de este *Informe*, representativo de una línea específica en la atención al epp⁸³, el que en otro lugar se ha definido como enfoque de riesgo o paradigma tecnocrático, el trabajo de las doulas, en su gran indefinición, puede ciertamente solaparse con el de las matronas, muy especialmente en el caso de matronas que consideran como parte fundamental de su labor el cuidado hacia los aspectos psicoemocionales⁸⁴. El apoyo de las doulas, en efecto, parece tener más sentido en un hospital que en la asistencia domiciliaria, donde se puede o no recurrir a ellas, pero el

⁸⁰ En éste, además, se citan como fuentes páginas web de centros privados en los que, en realidad, trabajan también matronas.

⁸¹ La placentofagia consiste en comer una parte de la placenta después del parto, cocinada, en crudo, en batidos o también disecada y encapsulada. A parte de lo inexacto de utilizar el término canibalismo, estas diatribas muestran un rechazo cultural hacia determinadas prácticas que se consideran impropias del “mundo civilizado”, aunque estén avaladas por diferentes estudios científicos, citados por sus defensoras. Se entra así también en la cuestión muy controvertida de qué evidencia es la válida.

⁸² *Dossier de prensa. La verdad sobre las doulas y Decálogo para la denuncia de la situación de las doulas en España* (Consejo General de Enfermería 2015), <http://www.diariodesevilla.es/articulo/sevilla/1967756/doulas/controversia/una/figura/emergente.html>, http://politica.elpais.com/politica/2015/02/16/actualidad/1424095049_690557.html, http://www.eldiario.es/sociedad/enfermeras-alertan-proliferacion-parteras-ilegales_0_357314495.html

⁸³ La FAME, por ejemplo, puntualizó en un comunicado que no había participado en la elaboración del *Informe*. <http://www.federacion-matronas.org/documentos>

⁸⁴ Para algunas, sin embargo, puede ser siempre complementario al trabajo de las matronas, ya que las doulas suelen dedicar más tiempo a los encuentros con las madres, ayudarlas en cuestiones muy prácticas y, si es necesario, con mayor frecuencia.

tipo de atención que se presta es en todo caso muy personalizado. Que se definan las doulas también como “parteras ilegales” no es del todo impropio para casos concretos en los que actúan como tales en un parto, pero también desde el posicionamiento de uno de los grandes impulsores de estas figuras: Michel Odent. Odent considera a las doulas un “atajo en el camino de redescubrimiento de la comadrona auténtica” (2006 [2004]: 165). La posibilidad de confusión existe, como en cualquier campo de la salud y de la vida en el que van interviniendo distintos actores, profesionales o no. El tema deviene más controvertido allí donde existen posibilidades lucrativas. Las condiciones laborales precarias que viven muchas matronas, la escasez de plazas en el sistema sanitario público, la reducida valoración del papel de las matronas en atención primaria son todos factores que evidentemente contribuyen a que muchas matronas estén a la defensiva.

En última instancia, es la retribución lo que hace posible hablar de intrusismo. Así, por ejemplo, no se critican los grupos de apoyo a la lactancia, pero sí los consejos que puedan dar las doulas sobre este tema, poniendo de manifiesto que, más que de una preocupación por la salud materna o por la salud pública se trata de una preocupación por unos ingresos económicos y una parcela de poder. Algunas matronas lo admiten sin circunloquios:

Si se estuviera [...], todas las matronas que están formadas estuvieran trabajando no estaría habiendo tantos problemas con lo de la doula [Bego, 36 años].

Cabe señalar que en las matronas entrevistadas los temores hacia estas figuras parecen desaparecer con la experiencia directa con doulas que se ha mostrado muy respetuosas hacia su trabajo. Además, la capacidad autocrítica de estas profesionales permite reconocer las carencias del colectivo y admitir que muchas de las opiniones reprobatorias hacia las doulas son también aplicables a las matronas:

Estoy en conflicto. Es una figura necesaria, porque hay una parte que no está cubierta [...], a ver, mis colegas comadronas matronas no cubren ni la van a cubrir por mucho tiempo, entonces se ha creado un hueco y una necesidad impresionante, ¿no? De acompañamiento [Francisca, 53 años].

La mayoría confiesa no tener una postura clara, definida y definitiva al respecto, que mucho depende de la persona concreta, pero coincide en que la existencia misma de las doulas muestra algunas indiscutibles carencias en el trabajo de las matronas. A tal propósito resultan paradigmáticas las palabras de Marta:

Para mi la figura de la doula es [...] lo que tendríamos que ser nosotras [Marta, 44 años].

Por otra parte, las doulas responden también a la falta de un tejido comunitario de apoyo, muy a

menudo limitado al entorno familiar, y muy especialmente a las cadenas de cuidado entre mujeres, a madres y suegras con cuya visión de la maternidad muchas ya no se identifican (*cf.* cap. 6). En palabras de una matrona:

Pues la figura de la doula, entiendo que es un personaje muy interesante, y que puede además resolver los problemas que se encuentran las mamás cuando [...], cuando acaban de dar a luz, en la sociedad en la que vivimos actualmente, en la que la interacción del grupo [...] falla [Carla, 50 años].

La cuestión principal y más acuciante, entonces, tiene que ver más bien con la mercantilización progresiva de toda faceta vital. Lo que antes estaba cubierto por redes de apoyo informales, ahora puede contratarse como un servicio más. Sin embargo, esta reflexión no se ciñe exclusivamente al “fenómeno doulas”, siendo aplicable a una multiplicidad de ámbitos, en los que el Estado de bienestar va reduciendo su espacio de actuación para dejarlo en manos de las empresas privadas. La doula forma parte de este nuevo entramado de figuras que se dedican al acompañamiento al epp, entre disciplinas retomadas de filosofía orientales, como el yoga, trabajos corporales, y diversas terapias “alternativas”, respondiendo a una demanda social que es, inevitablemente, también un nuevo nicho de mercado. Lo que varias asociaciones de matronas critican no es que se esté privatizando la asistencia, sino que no sean solamente matronas las que lo hagan.

La posición de las matronas de parto en casa respecto a doulas, parteras “tradicionales” o sin títulos académicos y difusión del conocimiento experto parecen particularmente significativas porque dan muestra de mayor apertura y, en varios casos, se convierten en un crítica al monopolio del conocimiento experto, que da lugar a prácticas concretas. Los capítulos que siguen a continuación ahondan precisamente en las peculiaridades del modelo domiciliario y en las tensiones éticas que se generan en su interior.

PARTE II

IV. La atención domiciliaria al parto en Andalucía: motivos de marginalización, características programáticas y diferencias internas

Un enfant d'aujourd'hui n'a jamais vu ni naître ni mourir. Il a vu quelq'un partir à l'hôpital et en jamais revenir, ou bien revenir avec un vivant plus

(Laget 1982: 9)¹

Hemos luchado por desmontar la construcción según la cual no tener hijxs nos convertía en no-mujeres. Ahora nos toca también dinamitar el concepto de que al tenerlos nos convertimos en esa cosa abstracta, despolitizada, des-sexualizada y des-socializada que es La Madre

(Brigitte Vasallo 2014)²

La asistencia domiciliaria al parto en Andalucía, como en el resto del Estado español, constituye una práctica no amparada por el sistema de salud público, es decir, que no posee ningún tipo de cobertura o reembolso, a pesar de que se haya defendido su conveniencia en términos de coste-eficacia, a nivel local (De la Torre 2006). Los gastos, que oscilan entre unos 1400 y 2400 euros, dependiendo del lugar y del tipo de servicio ofertado, son por lo tanto asumidos de manera privada, y en raros casos cubiertos por compañías aseguradoras. Durante unos pocos años, para las que dieron luz entre 2007 y 2010, el “cheque bebé”, una prestación de 2500 euros por cada nuevo nacimiento establecida durante el gobierno Zapatero, se utilizó sistemáticamente para costear este tipo de atención.

Parir en casa no está prohibido ni explícitamente previsto a nivel legal, lo que refleja y al mismo tiempo contribuye a reproducir, en relación a esta opción de parto, un halo bien de arcaísmo, bien de exotismo, de algo que acontece en otros lugares, en países “en desarrollo”, en los que *todavía* existen parteras que acuden a los domicilios. Un parto en casa se asocia comúnmente, por lo tanto, al pasado, a otros lugares, o a una situación accidental, no planificada con anterioridad. Es el gran ausente en los documentos oficiales, también en los de vertiente humanística (con la única

¹ La observación de Laget ya es aplicable, al menos en el contexto de estudio, a casi cualquier franja etaria, en la medida en que tanto el nacimiento como la muerte llevan ya varias décadas siendo confinados en el espacio hospitalario. Es por lo tanto bastante improbable ver un parto antes de llegar a vivir el nacimiento de un hijo o una hija.

² En <http://www.pikaramagazine.com/2014/02/desocupar-la-maternidad/>. Cabe señalar que la solución que propone, a partir de esta crítica muy atinada es la de vaciar de contenido a la maternidad, de renunciar definitivamente al término “madre”, prefiriendo a éste la expresión más neutra “tener hijos”. En el trabajo de campo, en cambio, las “identidades maternas” no son negadas, sino resignificadas y en continuo devenir.

excepción de la mencionada *Guía de Atención al Parto en Casa*, editada por el Colegio de Enfermería de Barcelona en 2010), y esta imagen general de atraso se repite en las entrevistas, explosiona en las conversaciones informales, y se refleja claramente en las noticias de los medios de comunicación.

En particular, en la prensa, salvo notables excepciones de reportajes sobre la situación de la asistencia al parto en el Estado español y/o en Europa³, dar a luz en casa aparece en toda su extrañeza, a través de tres representaciones: en primer lugar, como un accidente que por lo general termina felizmente, a veces con la ayuda de agentes de policía, bomberos o personal sanitario; en segundo lugar, como experiencia curiosa, atrevida y extravagante de famosas adineradas; y, en tercer lugar, como situación inevitable en lugares más o menos lejanos y sin recursos hospitalarios. El mensaje de excepcionalidad y rareza está así servido, sea por tratarse de un parto precipitado de alguna mujer desafortunada rescatada por las autoridades competentes, sea por implicar a personas con una posición social y económica nada habitual, o sea por marcar la vida de mujeres pobres de algún lugar remoto.

La suerte de la vecina a la que no le ha pasado nada, a pesar de dar a luz en su domicilio, la audacia caprichosa de la actriz que decide parir de forma “natural”, y la desgracia de las africanas que mueren en el parto se vinculan en la medida en que contribuyen todas, de diferente manera, a sustraer este modelo de asistencia de la cotidianidad de las mujeres de aquí y de ahora. Atribuyendo esta posibilidad a varias *otredades*, se invisibiliza una opción que nunca ha dejado de existir, pero que ha sido progresivamente marginalizada con la contundente afirmación de las maternidades hospitalarias (*cf.* cap. 2). El hospital representa por tanto lo normal, lo normativo y hasta lo “tradicional” en los discursos tanto de profesionales como de usuarias, a pesar de su afirmación histórica relativamente reciente, más aún en lo relativo al seguimiento del proceso de embarazo/parto/posparto. Sobre todo, representa la imagen por excelencia de la seguridad, de la neutralización de todo peligro asociado al trance del nacimiento. Esta imagen, más o menos fundamentada, se encuadra dentro de unos discursos que son socialmente imperantes, y que se articulan alrededor del concepto de riesgo.

Este concepto, al que ya se ha hecho referencia para analizar la pluralidad de visiones que caracterizan la atención al epp, ha sido analizado desde distintos enfoques. Tal vez Douglas y Wildavsky (1982) estén entre los primeros en poner el acento en la percepción cultural del riesgo. Sus reflexiones parten de la constatación de una importancia histórica y una deficiencia científica.

³ Se remite a dos artículos del periódico El País. El primero de ellos detecta la difusión de nuevas demandas entre las mujeres, mostrando opiniones y opciones de atención muy distintas; el segundo incide en las diferencias entre países europeos en relación a la asistencia domiciliaria. Ambos se retomarán más adelante: http://elpais.com/diario/2007/03/25/eps/1174806946_850215.html, http://politica.elpais.com/politica/2014/12/19/actualidad/1419018235_801849.html

Se producen en la época de la guerra fría, y en el momento álgido de los peligros ambientales globales relacionados con la energía nuclear. Denuncian, al mismo tiempo, la escasez de estudios sobre este tema en las ciencias sociales, y su abordaje exclusivamente técnico y matemático. La principal aportación de estos autores consiste, en efecto, en haber cuestionado la supuesta neutralidad de los cálculos probabilísticos, centrándose en las diversas valoraciones de los peligros en base a la clase social, la profesión, el grupo étnico o el contexto cultural. En este sentido, una determinada “cultura del riesgo” implica una selección de lo que se considera peligroso y de lo que no. Aplicado al tema que interesa aquí, esto se traduce en que, en nuestro contexto societario, resulta inadmisibles que un parto se produzca en un domicilio, ya que se interpreta como peligroso en sí, de manera indistinta y universal, más que como generador de peligros eventuales. En otras palabras, para el momento del parto, se oculta el nexo con la probabilidad, para presentar una imagen de peligro indefinido, cuyos efectos se muestran muy claramente en la vida de personas y grupos concretos.

Por otra parte, la noción de “sociedad del riesgo global” elaborada por el sociólogo Ulrich Beck (2006 [1999]), ha iniciado, en la década de los 90, una corriente de análisis social que insiste en las implicaciones globales de problemas ecológicos y tecnológicos, en la desigual distribución de los riesgos, en las funciones de administración y gestión de diversos sujetos institucionales, y en los efectos de impotencia y parálisis que producen riesgos de alcance general y controlabilidad limitada. Se trata de un tipo de análisis a gran escala, que reconoce en el riesgo un elemento central, si no definitorio, de la que Beck denomina “segunda modernidad”, un elemento que, desde las catástrofes ecológicas, a las epidemias, a los mercados financieros, asume connotaciones planetarias, aunque diferenciadas, y diseña tanto un mapa de amenazas como de oportunidades de acción. Su énfasis en la dimensión global de los riesgos permite entender la relevancia que asume en “nuestras” sociedades el concepto de seguridad, y asimismo la enorme variedad de discursos que giran alrededor del binomio riesgo/seguridad, legitimando órdenes y formas de organización territorial específicos.

Sin embargo, cómo la presencia generalizada del riesgo llega a insertarse en la vida misma, en los cuerpos y en las acciones cotidianas, es puesto en evidencia más bien por una línea de reflexión foucaultiana, que hace de la biopolítica y de los mecanismos de gestión su principal objeto (*cf.* cap. 1). Un *ethos* basado en la noción de seguridad, y al que nos referiremos con la denominación de “ethos securitario”, tomada en préstamo de Didier Fassin (2006 [2001]), permea toda faceta de la vida social, justificando una serie de intervenciones preventivas en distintos ámbitos. El denominado “control del embarazo”, así como la monitorización y otras prácticas rutinarias en el

parto entran claramente en esta lógica⁴.

Evidentemente no es éste el lugar para discutir cómo el riesgo, en cuanto constructo socio-cultural, actúa en distintos niveles de la vida social. Otros/as ya lo han hecho, y de manera bastante convincente. Además, afirmar que las medidas de seguridad sirven para justificar un sinnúmero de actuaciones se ha convertido en una dramática obviedad. Los “*discursos securitarios*”, aquellos que se centran en las garantías de seguridad para individuos y sociedades, se utilizan para cuestiones tan diversas como determinar quién puede entrar y quién no en un país o quién puede acceder a los derechos de ciudadanía, para restringir las posibilidades de reunión en un espacio público, extender el empleo de aparatos de vigilancia, justificar guerras humanitarias e intervenciones policiales, pero también para decidir la habitabilidad de una casa, la accesibilidad de una carretera, la comestibilidad de un alimento, a través de una serie de certificaciones, marcas y registros que lo aseguren. Riesgos ambientales, sociales, políticos, localizados dentro del cuerpo o asociados a un estilo de vida adquieren un protagonismo indiscutible y definen un campo de confines elásticos en los que se producen y gestionan miedos, creando normas de comportamiento adecuado, más o menos interiorizadas.

Identificar la importancia social de los discursos securitarios constituye, por tanto, y en primer lugar, un indispensable punto de partida para entender la marginalización del parto en casa o al menos su justificación⁵. En segundo lugar, sirve para situar este tipo de atención dentro de un específico contexto socio-cultural, que en ningún momento niega, pero cuyas prioridades rediscute de diferentes maneras, que determinan también, por último, las diferencias internas existentes entre las profesionales. En otras palabras, el parto en casa actúa dentro del mismo marco social y médico que ha pretendido condenar, devaluándola, esta forma de atención. Utiliza, por tanto, los mismos términos para legitimarse. Al mismo tiempo, sin embargo, se sirve de otras configuraciones, en las que el riesgo ya no es el único término de la ecuación para optar por un tipo de seguimiento.

Cómo se utiliza la noción de riesgo, en qué medida la redefinición de su lugar está a la base de un modelo de asistencia así como de algunas importantes diferencias entre quienes actúan dentro de él, representa el hilo conductor de este capítulo, que se desarrolla en cuatro partes. No constituye el objeto principal de su contenido, y sin embargo es el cimiento sobre el que se rige su estructuración, tanto a la hora de considerar los discursos social y biomédicamente dominantes, como a la hora de ir delineando las características comunes de un modelo de asistencia, su defensa teórica y sus diferencias internas.

⁴ Uribe (2009: 142-143) llega a identificar hasta once escenarios de riesgo a afrontar a lo largo del embarazo y del parto, en base a las clasificaciones y a las prácticas preventivas propuestas por los servicios sanitarios españoles.

⁵ Para las raíces históricas de su marginalización se remite al capítulo 2.

Una primera parte, bastante reducida, presenta algunos “números” del parto en casa, que confirman su escasa importancia en términos cuantitativos y abren paso al análisis de los discursos dominantes sobre la atención obstétrica, que en cierta medida también contribuyen a que el parto en casa constituya una opción absolutamente minoritaria. Así, en el epígrafe siguiente, se hace hincapié en el cuadro interpretativo hegemónico que define el seguimiento habitual al epp. La creencia en una seguridad hospitalaria total, así como la pertinencia de soluciones exclusivamente sanitarias al problema de la mortalidad materno-infantil se discutirán a través de diversos ejemplos etnográficos. Sucesivamente, se mostrará cómo la asistencia domiciliaria al parto en Andalucía utiliza un lenguaje social y biomédicamente compartido y comprensible para sostener su validez, ciñéndose exclusivamente a los embarazos de “bajo riesgo” y sirviéndose de los resultados obtenidos en términos de morbilidad. Esto no impide que la general identificación cultural del parto con un riesgo, riesgo supuestamente neutralizado por la estructura hospitalaria y el conocimiento biomédico especializado, se traduzca en fuertes presiones sobre quién opta por el domicilio, ejercidas tanto por el entorno social más inmediato como por diversas figuras expertas. Finalmente, se expondrá cómo los imaginarios comunes alrededor de esta modalidad de asistencia contribuyen también, junto con otros factores, a cierta sobrecarga para quienes se dedican a ella.

En la tercera parte del capítulo, se procede a describir lo que define este tipo de atención como modelo de asistencia con características propias, y también distintas de las hospitalarias. A través de ocho epígrafes diferentes se van desgranando algunos importantes elementos de este modelo, separados por necesidad analítica y a los que, muy probablemente, podrían añadirse otros. Su análisis trata de ir señalando las profundas diferencias con el modelo de atención dominante, y las peculiaridades relativas tanto al propio espacio domiciliario como a los modos de hacer de las comadronas. En la cuarta y última parte, se da espacio a la variabilidad interna en los discursos y en las prácticas de la asistencia domiciliaria, nuevamente a través de ocho apartados diferenciados. En ellos se delinean, *grosso modo*, dos tendencias principales que van marcando distintas relaciones tanto con el campo biomédico institucional de la atención y con la visión de la salud que en él se promueve, como con el pasado de la asistencia domiciliaria de finales del siglo XX.

Antes de empezar a desarrollar cada uno de los apartados, parece pertinente señalar, con objeto de tener una visión de conjunto de todo el capítulo, cómo el uso social muy extendido de las tasas de mortalidad para valorar las diferentes modalidades de atención obstétrica, en el que se hace hincapié en el epígrafe 2, convive con una desaparición del *hecho* social de la muerte, es decir, de su posibilidad real fuera y dentro de un entorno hospitalario y de las posibles maneras de vivirlo. El silencio sobre la vivencia de la muerte de seres queridos se afrontará en diversos momentos del

capítulo, tanto para señalar algunos puntos en común entre el tratamiento social y el biomédico del inicio y del final de la vida, como para remarcar algunas importantes diferencias internas a la atención domiciliaria.

1. Los números del parto en casa

Si la tendencia a la subestimación ha sido señalada de manera general en lo referido al contexto europeo, para el Estado español no existen en absoluto estimaciones fiables sobre la asistencia domiciliaria al parto (EURO-PERISTAT 2013). En la citada encuesta sobre el estado de la atención al parto en los estados europeos, el parto en casa por lo general no supera el 1% del total, con la excepción del Reino Unido y los Países Bajos, en los que se calcula alrededor del 3 y del 16%, respectivamente. La realización de la recopilación de datos por parte de las instituciones sanitarias públicas, aún en el caso de tratarse de un servicio privado, es lo que hace suponer una valoración casi siempre por debajo de lo real. Para el Estado español, se menciona exclusivamente la Comunidad Valenciana, que es la única que dispone de informaciones en la materia, y donde se calcula un 0.1% de partos domiciliarios (*id.*: 231).

A partir del 2012, el grupo Educuer, de la provincia de Alicante, elabora un mapeo anual por comunidades autónomas y provincias, creando el *Observatorio del Parto en Casa en España*, una colección de informes que pretenden proporcionar, entre otras cosas, datos cuantitativos sobre este tipo de asistencia. Aunque se trate de una aproximación elaborada a partir de datos del INE, en los que no se tiene en cuenta la planificación previa, es decir, si se trata de un parto acontecido accidentalmente en casa, o programado en este medio, algunas precauciones permiten una valoración bastante razonable. En particular, se descartan aquellos partos que no respetan las reglas generales de la atención domiciliaria, siendo partos múltiples, que ocurren antes de la semana 37 de gestación o no están asistidos por profesionales sanitarios. Otras medidas permiten establecer un límite superior e inferior⁶.

La última aproximación llevada a cabo, publicada en 2014, y que se sirve de datos de 2012, calcula una media de 0,14% partos en casa para toda Andalucía. No se aprecian cambios considerables con respecto a los años anteriores, salvo un leve aumento en 2010, señalado también por algunas matronas. Los datos coinciden aproximadamente con los referidos en las entrevistas, también

⁶ Para más informaciones se remite a la página <http://educer.es/observatorio-del-parto-en-casa/>, y en particular al Informe número 1, en el que se describen los materiales y métodos utilizados. Hay que tener en cuenta, no obstante, que se está hablando de números tan pequeños que el margen de error es muy elevado. Baste con notar que los partos que han sido registrados en casa en un año en toda Andalucía no llegan nunca a 200, sobre un total de más de 80.000 partos.

aproximados. En el único caso en que podían ser algo más precisos, por la existencia de una base de datos elaborada por un grupo de matronas, no se ha podido acceder a ellos. Así, entre quienes no quieren proporcionar *sus* datos y quienes no los registran, deviene del todo inviable pensar en la posibilidad de porcentajes exactos. Las comadronas andaluzas hablan en términos de más o menos, de percepciones generales de aumento o disminución, de recuerdos aproximados, de cifras que pueden rondar en torno a. Los números, de manera general, y salvo en el caso señalado, parecen importar bien poco. A este propósito, pueden ser emblemáticas las palabras de Marta:

[...] de hecho el año pasado intenté hacer una estadística, digamos. Que yo creo que no la hice o si la hice no la terminé, no me acuerdo muy bien [Marta, 44 años].

Más que incapacidad, pereza, o falta de rigor, que también podrían deducirse de estas palabras, los discursos de las matronas, tomados en su conjunto, adquieren otros sentidos. Para ellas, con que se den “buenos resultados” y las mujeres se queden satisfechas, es más que suficiente. En efecto, la importancia de mantener un registro de datos actualizado, que incluya no solamente el número de partos asistidos, sino el índice de traslados, los casos de complicaciones e intervenciones, o las diversas herramientas empleadas se valora más por su utilidad potencial para defender la práctica domiciliaria que por su intrínseco interés, para determinar criterios comunes (*cf.* cap 2) o para evaluar la atención prestada. Parece que quien asiste en casa en cierto modo no necesite más confirmaciones que la propia experiencia de asistencia. En el fondo, la percepción propia y de las parejas asistidas, el tipo de seguimiento ofrecido, que toma en consideración aspectos procesuales más que resultados medibles, junto con los frecuentes intercambios de opiniones entre compañeras constituyen por sí mismos formas de evaluación continua. Los problemas, si acaso, se presentan cuando no se da suficiente espacio al diálogo, sea con las familias (*cf.* cap. 6), sea entre las propias matronas que conforman un mismo equipo.

Por todo ello, no se puede conocer exactamente el total de partos asistidos, cuántos partos se atienden en un mes, o en un año, si ha habido variaciones en los años de asistencia, o cuál es el índice de traslados a hospitales. Se puede, sin embargo, tener una idea general, a partir de las informaciones proporcionadas en las entrevistas.

En cada equipo⁷ nunca se superan los dos o tres partos al mes, pero en algunos casos esta es la cifra habitual, mientras que en otros puede también haber meses en los que no se da ningún nacimiento. El total de partos en un año puede oscilar, por tanto, entre menos de 10 y alrededor de 30, y sólo ocasionalmente llegar a unos 40.

⁷ Se tienen en cuenta los equipos en activo al momento del trabajo de campo: uno en Sevilla, uno en Granada, dos en provincia de Cádiz, y uno en Málaga. No se incluyen los datos de matronas que han asistido en casa sólo puntualmente, ni los de quien ha abandonado este trabajo.

A excepción de un pico coincidente con el ya nombrado “cheque bebé”, las bajadas y subidas en el número de partos no son, por lo demás, muy representativas. Así, en el momento más álgido de la crisis económica se ha podido notar una no muy significativa disminución. Por otra parte, solamente los grupos más antiguos, el de Sevilla y el de Granada, pueden contar con una cierta perspectiva, llevando ambos unos diez años de asistencia continuada. En los demás casos el aumento de la demanda parece estar más ligado al progresivo darse a conocer, es decir, a la difusión de la oferta, que a otros factores. En este sentido, siempre los primeros años de asistencia han sido decididamente menos provechosos en términos estrictamente numéricos.

Si un lapso de tiempo de diez años es en todo caso muy poco para que puedan valorarse cambios apreciables, el aumento de matronas que asisten en casa representa de por sí un indicador de cierto crecimiento, incluso considerando que no haya habido incremento alguno en el volumen de partos asistidos por las que llevan más tiempo. En los últimos cinco o seis años, así, entre Málaga, Córdoba y Cádiz, territorios que anteriormente se cubrían principalmente desde Sevilla, se han constituido equipos estables y sólidos⁸. Su dedicación y disponibilidad para la asistencia ha ido también aumentando. A pesar de ello, en Andalucía no se ha producido un aumento tan importante como el que se ha dado, por ejemplo, en los mismos años en Cataluña⁹, a menudo considerada en las entrevistas sinónimo de una mentalidad más abierta, planteamientos más progresistas o hasta un mayor “desarrollo psico-social”. Cataluña, que para algunas está 10 o 15 años “por delante”, es una de las cunas históricas del movimiento de parto en casa de los años 80 y también, irónicamente, lugar de acogida por excelencia de emigrantes andaluces¹⁰, además de territorio fronterizo, especialmente influenciado por la vecina Francia, en una época de efervescencia política y cultural (cf. cap. 2). Es de allí que provienen o donde se han formado varias de las matronas que actualmente trabajan en Andalucía, y que empezaron a fomentar el mismo modelo en esta comunidad. Sin embargo, en primer lugar, más que de un genérico mayor desarrollo catalán, parece más adecuado tener en cuenta las condiciones coyunturales que hicieron especialmente propicio que prosperase en Cataluña un movimiento que se ha ido progresivamente expandiendo, pero que también ha ido cambiando sus connotaciones iniciales¹¹. En segundo lugar, contabilizado o no, el

⁸ Solamente en un caso se trata de una matrona que trabaja sola. En los demás se dan equipos de entre dos y cuatro personas.

⁹ El aumento es significativo si se relaciona con el número de partos en casa de años anteriores, y no con respecto al total de partos registrados en el territorio catalán, del que sigue representando un porcentaje mínimo.

¹⁰ Algunas de las que finalmente se instalaron en Andalucía eran hijas de familias andaluzas emigradas a Cataluña, en este ir y venir tan común y que hace tan difícil intentar establecer orígenes únicos o identidades fijas.

¹¹ En efecto, ahora parece más adecuado hablar de modelo de asistencia, tal y como se hará en las siguientes páginas, que de un movimiento de parto en casa, dada su escasa presencia a nivel social y público. Se ha señalado cómo ni las matronas de parto en casa constituyen un grupo de presión unitario y fuerte, capaz de proponer cambios políticos; ni la asistencia domiciliar está incluida, salvo de manera anecdótica, dentro de distintas militancias y activismos. En cambio, su mayor definición respecto a los inicios permite analizarlo de manera más sistemática.

parto en casa nunca ha dejado de existir en el territorio andaluz, y algunas matronas siguen siendo figuras de renombre en determinadas zonas. Así, se ha tenido ocasión de conocer nombres de matronas jubiladas que siguieron atendiendo también en casa con la transferencia de sus competencias a los hospitales, e incluso oportunidad de hablar con una de ellas que, por ejemplo, aborrece el uso contemporáneo de piscinas y bañeras en los partos. Excede, evidentemente, los objetivos de esta investigación profundizar en sus modos de trabajo, aunque es posible deducir de las palabras de quienes las conocieron o fueron asistidas por ellas diferencias considerables con las formas actuales de la asistencia. Su manera de trabajar no representaba, de hecho, un cuestionamiento activo al modelo hospitalario vigente, y su implicación en partos domiciliarios se interpreta más bien, por un lado, como continuación de un trabajo que ya hacían previamente a la afirmación hospitalaria, y con el que se sentían cómodas y, por otro, como respuesta a mujeres que seguían demandándolo.

En relación al número total de partos asistidos en casa por cada matrona, éste varía enormemente en base a los años de experiencia y al tipo de dedicación total o parcial. Entre las entrevistadas, hay quienes acaban de empezar, con apenas cinco o seis partos asistidos en domicilios, y quienes llevan ya centenares.

Por último, el índice anual de traslados oscila entre un 5-10% y un 20-30%, y a veces dentro de un mismo grupo puede haber valoraciones más o menos optimistas¹². Los motivos del traslado, en cambio, parecen diferir bastante entre equipos¹³, aunque los casos urgentes se consideran siempre extremadamente raros (entre un 2 y un 3%), coincidiendo con las estimaciones de Cristina Triviño a nivel estatal, relativas a todas las socias de Nacer en Casa.

Para completar estas consideraciones generales sobre “los números del parto en casa” en Andalucía, cabe mencionar que quien se dedica a dar cursos de preparación durante el embarazo, no exclusivamente dirigidos a quienes optan por el parto en casa, señala una interesante variación en la constitución de los grupos. Si antes casi todas las parejas que acudían a este tipo de preparación lo hacían con la idea de parir en casa, ahora se trataría generalmente de la mitad¹⁴. Esta situación difícilmente podría entenderse fuera del marco de la humanización promovida institucionalmente y de los avances a nivel legislativo en cuanto a derechos en el parto y nacimiento.

¹² Los datos de traslados aquí mencionados se corresponden, en gran medida, a los reproducidos en la *Guía de Atención al Parto en Casa* (2010), y referidos a varios proyectos catalanes.

¹³ Se menciona como principal motivo desde el cansancio de las mujeres y la demanda de una epidural, a casos que requieren de intervenciones instrumentales o cambios de opinión.

¹⁴ En más de un caso, no obstante, quien quiere dar a luz en un hospital se va progresivamente decantando por la opción domiciliaria.

Concluyendo, conocer el número exacto de partos planificados en casa no tiene mucho interés en sí. Desde un punto de vista clínico parece más interesante, de hecho, centrarse en las tasas de complicaciones, intervenciones o traslados, que en la demanda de partos asistidos en casa. Desde un punto de vista antropológico, las prácticas, los cuestionamientos, las redefiniciones, las implicaciones de un modo de asistencia y sus nexos con otras dimensiones y aspectos de la vida resultan sin duda más atractivos. Crear un Observatorio del Parto en Casa responde, sin embargo, a la necesidad de visibilizar la existencia de esta tipología de atención. Que las cifras minúsculas demuestren lo anecdótico de ésta en términos cuantitativos no resta absolutamente nada a sus aportaciones a otros niveles. Pero el estancamiento de los debates expertos alrededor de unos pocos argumentos no remedia al desconocimiento general de esta modalidad de atención. Bien al contrario, lo alimenta.

2. La parálisis argumental en los discursos expertos

Si el parto en casa, a pesar de las tendencias hacia la humanización y el uso reducido de instrumentos técnico-farmacológicos, sigue identificándose con una peligrosidad indefinida, antes que con otras cuestiones, se debe precisamente a la mencionada centralidad social de los discursos securitarios. Por lo tanto, a pesar de que se sostenga reiteradamente y desde diversos actores institucionales que el parto es un proceso fisiológico que sólo raramente conlleva graves complicaciones, y a pesar de que efectivamente se hayan alcanzado las tasas de mortalidad ligada al nacimiento más bajas de la historia, la noción de seguridad sigue ocupando el papel protagonista en gran parte de los debates. Muy elocuente, a este propósito es la imagen con la que se inicia el *Dossier de prensa. La verdad sobre las doulas*, publicado por el Consejo General de Enfermería en 2015, y reproducida a continuación.



Fig. 9 Imagen de portada del *Dossier de prensa. La verdad sobre las doulas*.

Se asiste, en definitiva, a una clara paradoja, por la cual a mayor seguridad alcanzada, mayor es la preocupación por y la insistencia en la seguridad. Como señaló Lock (1993) para el caso de la menopausia en Norteamérica, transformada de fin de la menstruación a categoría de riesgo epidemiológico, el parto se transforma de final del embarazo a evento siempre potencialmente mortal, y por ende necesitado de estricto control. La conceptualización del parto como acontecimiento en el que la situación puede cambiar de manera repentina y sin aviso, que se ha utilizado y se sigue utilizando para justificar toda intervención, también sirve, y es lo que interesa en este lugar, para proclamar el hospital como paladín de la seguridad (Wall 1995, Hernández y Echevarría 2015). Lo que complementa esta ecuación hospital=seguridad es otra que equipara el parto domiciliario con el riesgo. El desenmascaramiento de la falacia de esta ecuación no impide la persistencia de discursos que, con leves cambios, siguen atribuyendo a la hospitalización el descenso de la morbimortalidad materna e infantil¹⁵. No importa que tecnologías y prácticas hospitalarias rutinarias se hayan denunciado como causantes de riesgos obstétricos, o que se haya demostrado ampliamente que múltiples factores influyen en la mortalidad materna y en la supervivencia infantil. Los discursos ginecológicos, al menos los oficiales, no parecen haber cambiado mucho a lo largo de estos últimos decenios (*cf.* cap. 2). Se sigue definiendo el parto en casa como no recomendable y francamente evitable, a no ser que se desencadene de forma

¹⁵ En un reportaje del *País digital* de diciembre de 2014 (http://politica.elpais.com/politica/2014/12/19/actualidad/1419018235_801849.html) José María Lailla, presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), reproponía las mismas a estas alturas insostenibles argumentaciones sobre la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal que defendía en un artículo de prensa del 1996 Pedro de la Fuente, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (*Nacer en Casa. Boletín Informativo* nº 8, Mayo 1996: 31). Ambos atribuyen el descenso exclusivamente al paso de la asistencia de la casa al hospital, en una letanía que lleva años reproduciéndose, asumiendo los contornos de verdad incontestable y universal.

precipitada imposibilitando el desplazamiento al hospital. Se continúa asociando el parto domiciliario con el Tercer Mundo y una elevada mortalidad. Y se sigue, por otra parte, con la afirmación, ya común en los años 90, de que “España no es Holanda”, tanto desde la SEGO, como desde la Asociación Española de Matronas.

Así, por ejemplo, en 2007 Bajo Arenas, el entonces presidente de la SEGO, afirmaba que la calidad de la atención se mide en seguridad, sosteniendo que “desde que se estandarizó el parto hospitalario se ha mejorado espectacularmente. Se ha pasado del 30 por mil de mortalidad perinatal en los años sesenta al siete por mil actual. Y de las dos mujeres cada 100 que morían pariendo en casa a principios del siglo XX, a una sola muerte por cada 17.000 partos que se atienden ahora en el hospital. En África hoy muere una mujer por cada 90 partos”¹⁶. En 2014 el nuevo presidente, José María Laila remachaba: “Yo no le voy a decir a una señora que se opere de apendicitis en la mesa del comedor. ¿Que se puede hacer? Seguro. Pero yo no lo recomendaría”. Y añadía, al hablar de una supuesta “embarazada de bajo riesgo”: “intentaría convencerla, explicarle que los hospitales han acondicionado quirófanos para parir como si estuviera en casa... Las complicaciones surgen en cualquier momento. El tiempo perdido en el traslado puede ser vital. En el siglo XXI en el primer mundo no es de recibo arriesgarse”¹⁷. Más recientemente, Txantón Martínez-Astorquiza, elegido como presidente de la SEGO en julio 2015, afirmaba, en la misma línea: “Desde el punto de vista médico, actualmente yo creo que no es recomendable el parto en casa. Si el parto es superrápido e inminente y no lo puedes evitar, por supuesto te quedas en tu casa, llamas a una ambulancia o que alguien te ayude. Pero en general, ahora se puede acudir a los hospitales con libertad. Y yo creo que es lo adecuado”. Y de manera algo contradictoria continuaba: “y no para convertir un parto normal, natural, espontáneo y fisiológico en un parto instrumentalizado, sino porque en un hospital puedes hacer lo mismo que en casa, es decir, ‘nada’: observar que la mujer se ponga de parto y ayudarle en sus contracciones y que tenga un parto fisiológico”¹⁸.

En definitiva, los argumentos se repiten cada vez que se da publicidad a algún estudio científico (es decir, cuantitativo) sobre la seguridad de la casa y del hospital, medida en términos de mortalidad y, secundariamente¹⁹, de morbilidad. Así, a finales de 2014, las recomendaciones de un prestigioso instituto británico en favor del parto en casa asistido por matronas²⁰, como medida incluso

¹⁶ 2007 http://elpais.com/diario/2007/03/25/eps/1174806946_850215.html

¹⁷ http://politica.elpais.com/politica/2014/12/19/actualidad/1419018235_801849.html

¹⁸ <http://farmacosalud.com/desde-el-punto-de-vista-medico-es-recomendable-el-parto-en-casa/>

¹⁹ Secundariamente porque contabilizar la mortalidad es más sencillo, o más exacto, mientras que el concepto de morbilidad resulta ambiguo, más difuso, resistente a definiciones consensuadas. ¿Qué es enfermedad y qué no lo es? ¿Qué es bienestar? ¿Se tiene en cuenta, para establecerlo, a las personas interesadas? Si las palabras de las madres han sido sistemáticamente silenciadas, quien aún no se expresa con palabras ha sido objeto de debates encendidos sobre lo que es su bien, y a quien toca definirlo y defenderlo. Se volverá más adelante sobre estas cuestiones.

²⁰ <https://www.nice.org.uk/news/article/midwife-led-units-safest-for-straightforward-births> (publicado el 3 de

preferible al hospital en determinados casos, suscitaron una serie de artículos en la prensa que manifestaban las posturas encontradas de distintos profesionales. Asimismo, los casos de muerte en casa generan titulares sensacionalistas y polémicas repetidas, que pretenden demonizar una tipología de asistencia en su totalidad²¹.

Las bases de estos discursos de condena consiste, como ya se ha remarcado, en asociar el parto en casa a un “atraso”. La convivencia de estos discursos con otros que admiten la existencia de este tipo de atención en sistemas sanitarios “avanzados”, como el inglés o el holandés, no resulta contradictoria, en la medida en que se fundamenta en la misma hipervaloración del hospital. La posibilidad de llegar rápidamente a un centro hospitalario es lo que, en último término, permite la existencia misma de la asistencia domiciliaria. En este sentido, no es tanto el hospital el que complementa la casa, en caso de complicaciones, sino la casa un extra, una especie de concesión a algunas madres, posibilitada por la eficiencia de las estructuras sanitarias. Este tipo de planteamiento tiene importantes implicaciones, ya que acaba retratando la decisión de dar a luz en casa como un capricho, cuando no una moda pasajera.

La culpabilización y ridiculización de las madres que optan por parir en sus domicilios no es única del contexto estudiado, ni exclusiva de los discursos biomédicos o de las noticias periodísticas. Craven (2005) muestra cómo en los debates en el senado en Virginia, USA, para discutir sobre la legalización de matronas sin formación previa en enfermería, las *direct-entry midwives*, así denominadas para distinguirlas de las *nurses-midwives*, el parto en casa se equipara a conducir sin frenos²², y se identifica con una maternidad negligente e irresponsable. La antropología tampoco ha estado exenta de expresar sus juicios sobre la admisibilidad y moralidad de determinados comportamientos maternos. De hecho, precisamente el artículo de un antropólogo y obstetra (Wall 1995), puede leerse como ejemplo paradigmático de la antigüedad y la frecuencia de algunos de los argumentos esgrimidos contra el parto en casa, o mejor dicho, contra la seguridad de esta práctica. Este texto, que responde a otro en un número anterior de la misma revista (Gottlieb 1995), parece un condensado de lugares comunes y juicios sexistas. En él se asume como obvio que la biomedicina, y en especial la ciencia obstétrico-ginecológica es superior a otros sistemas; se tacha de ignorante a una colega, Alma Gottlieb, contraponiendo sus conocimientos “intuitivos” y

diciembre de 2014)

²¹ Emblemático, por suscitar gran cantidad de polémicas a lo largo de varios años, es el caso de la australiana Caroline Lowell, fallecida en 2012.

²² En un debate televisivo sucesivo a la muerte de un bebé acontecida en un parto en casa sin asistencia obstétrica, en la ciudad de Neuquén, Argentina, en mayo de 2016, un ginecólogo utilizó otra metáfora automovilística para subrayar las diferencias entre la práctica “segura” del parto hospitalario y la “arriesgada” del parto en casa. Su afirmación, reproducida en diferentes periódicos, decía más o menos lo siguiente: “si puedo viajar en Mercedes Benz, no lo hago en un Fiat 600”. Se hace referencia a ella en, entre otros: <http://www.lanacion.com.ar/1921687-es-seguro-parir-en-casa>

“feministas” a las verdades de la biociencia; se atribuye el descenso de la mortalidad materna exclusivamente a la ciencia obstétrica; se manifiesta cierto resentimiento hacia aquellas mujeres que pretenden “hacer a su manera”, actuando en forma “arrogante y sospechosa”; se devalúa la palabra de las mujeres embarazadas con ejemplos grotescos²³; y, cual guinda final, se compara la mortalidad materna en África y en Europa, sin considerar sus múltiples determinantes, para preguntar, en modo retórico, qué sistema sanitario es preferible. Los datos sobre mortalidad se convierten entonces en arma arrojada contra quién, como Gottlieb, desde su posición privilegiada de mujer blanca y de clase media, no se preocuparía por la salud de las mujeres en el resto del mundo (Wall 1995: 15).

En realidad los usos discursivos de la mortalidad materna y/o infantil ni son exclusivos de los contextos en los que la asistencia hospitalaria se ha convertido en absolutamente mayoritaria, ni son manejados solamente por detractores del parto en casa. El absoluto protagonismo de la mortalidad como medida del “éxito reproductivo”, y la consecuente reducción de la experiencia de dar a luz a la supervivencia de la madre y del bebé han sido ya apuntados en el pasado (Oakley 1979). Antes de revisar algunos ejemplos de esta creciente atención a una única cuestión, enfrentada como problema obstétrico, parece oportuno remarcar que al insistir en los usos retóricos no se pretende negar la dramática realidad de la mortalidad durante el epp, sino al contrario subrayar la importancia de no considerarla solamente como una cuestión sanitaria. Una visión más compleja permite desmarcarse de recetas simplistas que ven la solución del problema en la ciencia obstétrica y en la atención hospitalaria al parto. De esta manera, no se niega la utilidad de algunas tecnologías y conocimientos biomédicos, pero se redimensiona sin duda su función redentora.

Nos hemos ocupado anteriormente de cuestionar desde un punto de vista histórico la validez de las hipótesis monocausales, que ven en la difusión de la hospitalización el motivo del descenso de la mortalidad en Europa (*cf.* epígrafe 1.2 del capítulo 2, y también Regalia y Bestetti 2010). Ahora bien, donde este tema asume mayor vigencia y urgencia es en los países del denominado Tercer Mundo, aquellos presentados como prueba irrefutable de la peligrosidad de parir en casa, tanto en los discursos biomédicos que se desprenden de distintos documentos, se reflejan en las declaraciones en la prensa y se corresponden con los relatados en las entrevistas, como en la

²³ En particular, se utiliza el ejemplo de una mujer obesa con ciclo menstrual irregular, que no se dio cuenta de su embarazo hasta el momento del parto, para sostener que el trabajo de un médico no consiste en creer a las palabras de sus pacientes. El pretexto para servirse de un ejemplo que él mismo define como anecdótico es responder en los mismos términos al artículo de Gottlieb, que parte de su experiencia autobiográfica y, por tanto, “anecdótica”. Sin embargo, cabe señalar que, en primer lugar, Gottlieb parece mucho más cauta en sus afirmaciones, evitando inútiles generalizaciones y, en segundo lugar, la ausencia de complicaciones en un embarazo y en un parto es innegablemente más común que no darse cuenta de él.

opinión social general detectada a lo largo del trabajo de campo (*cf. infra*, epígrafe 2.2). Pero que el motivo de las muertes maternas e infantiles sea el desarrollo del parto en el domicilio y/o la asistencia de parteras no profesionales parece más que discutible en cualquiera de los contextos analizados. Así, en el monográfico de Graciela Freyermuth (2003) sobre la mortalidad materna en Chiapas (México) emerge que un entramado de motivos pueden constituirse en “factores de riesgo”, desde las relaciones familiares y comunitarias al rechazo generalizado hacia los servicios biomédicos, a problemas de comunicación con el personal sanitario, a carencias de infraestructuras, al uso impropio de fármacos como los oxitócicos, disponibles en cualquier farmacia sin necesidad de receta. Por su parte, Quattrocchi (2010) subraya cómo en Yucatán (México) los principales problemas de salud en los embarazos son los relativos a desnutrición y anemia, problemas evidentemente no exclusivos de esta fase, aunque tengan consecuencias especialmente graves en los partos. Desde otro punto de vista, centrándose en el pasado colonial y en las políticas institucionales estatales e internacionales llevadas a cabo en Egipto, Morsy (1995) visibiliza la hipocresía de los objetivos de reducción de la mortalidad y cuestiona la misma definición biomédica de mortalidad materna. Por un lado, denuncia cómo los mismos actores institucionales que han incrementado una situación de fuerte desventaja para las mujeres, con la progresiva capitalización de la agricultura antes y con la apertura al libre mercado después²⁴, financian programas para una “maternidad segura”²⁵. Por otro, invita a ampliar el concepto mismo de mortalidad materna²⁶, señalando una pluralidad de causas que afectan a la salud de las mujeres en edad reproductiva, independientemente de estar o no embarazadas. La mayoría de ellas podrían evitarse no con intervenciones tecnológicas sino con una mejora de las condiciones vitales que requiere, evidentemente, cambios sociales y político-económicos antes que sanitarios.

La popularización de la mortalidad materna como uno de los principales problemas de salud pública se inicia precisamente en los años 80, siendo sostenida por gran número de investigaciones cuantitativas y acompañada por mensajes sobre la difusión de la planificación familiar. Morsy no duda en definir la mortalidad materna como un capítulo olvidado de una historia universal de infamia (*id.*: 162). En particular, el énfasis en la reducción del número de hijos como medida para reducir el número de muertes evita tocar las relaciones de poder que generan pobreza y desnutrición, individualizando el problema, a través de una retórica humanitaria, cuando no sirviéndose de los discursos feministas de empoderamiento y “elección libre”; y trayendo a colación

²⁴ En los años 80 se implementa el ODEP (*Open Door Economic Policies*)

²⁵ En particular, se refiere a la iniciativa *Safe Motherhood*, financiada, entre otros, por el USAID (*the United States Agency for International Development*) y el Banco Mundial.

²⁶ Se define muerte materna el fallecimiento de una mujer durante el embarazo, en el parto o en las primeras seis semanas posparto. Las tasas de mortalidad materna se calculan por cada 100.000 nacidos vivos (<http://www.unicef.it/doc/6513/mortalita-materna-ridotta-del-44-negli-ultimi-25-anni.htm>).

“motivos culturales”, como por ejemplo matrimonios tempranos o embarazos frecuentes, como determinantes de un comportamiento procreativo, ocultando así la influencia de las políticas económicas en la salud de las mujeres²⁷.

Disminuir la mortalidad materna constituía también uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015²⁸. Sin entrar en el contenido, en la validez y en los resultados de esta iniciativa, cabe señalar que la mejora de la salud materna (el objetivo 5) se traducía en dos metas: reducir la mortalidad en tres cuartas partes, y vigilar el porcentaje de partos asistido por personal especializado. Para hacerlo se dirigía la atención a la extensión de la atención obstétrica cualificada y a la educación de la niñas, considerada fundamental tanto para evitar embarazos tempranos como para incrementar el uso de métodos anticonceptivos²⁹. A pesar del mayor nivel de complejidad alcanzado por las nuevas estrategias, la identificación de la salud materna con las tasas de mortalidad y la apuesta por soluciones técnicas sigue siendo frecuente. A ellas se añade una renovada insistencia en la educación sexual de las adolescentes y la erradicación de “prácticas tradicionales” contrarias a la salud de las mujeres, tal y como demuestran las declaraciones del Vicedirector de la Unicef Geeta Rao Gupta para finales de 2015, en ocasión de un balance de los ODM³⁰.

Revisar, aunque sea de forma concisa, las reflexiones sobre la mortalidad materna elaboradas a partir de la especificidad de diversos contextos etnográficos muestra el éxito de temas que, en el cuadro de una centralidad global de la noción de riesgo, convierten la experiencia de la maternidad en tasas de mortalidad, y éstas últimas en un problema sanitario. No sorprende, entonces, en virtud de esta centralidad indiscutible al menos a partir de las últimas décadas del siglo XX, que la *defensa* de la asistencia domiciliaria al parto se juegue en el mismo terreno.

En la primera parte del presente texto se ha subrayado la mención a estudios sobre la seguridad del parto en casa, y los intentos más o menos conseguidos de recopilación de datos cuantitativos en los

²⁷ La centralidad de mujeres y menores en los sectores de economía informal, por ejemplo, y su sobrecarga laboral también durante el embarazo, se debe precisamente a un incremento de los flujos migratorios de jóvenes varones, consecuencia en gran parte de las políticas económicas nacionales e internacionales (Morsy 1995).

²⁸ Se trata de una iniciativa de las Naciones Unidas, ahora rebautizada “Objetivos de Desarrollo Sostenible”, con una nueva calendarización, que prevé alcanzar las nuevas metas para el 2030. Caracterizada por estrategias sin duda más complejas y multifactoriales, esta última reúne objetivos aún más ambiciosos, que para la mortalidad materna pretenden triplicar el ritmo de descenso anual, y alcanzar la meta de los 70 fallecimientos cada 100.000 nacidos vivos (<http://www.unicef.it/doc/6513/mortalita-materna-ridotta-del-44-negli-ultimi-25-anni.htm> y <http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/>).

²⁹ <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>

³⁰ En la página italiana de la UNICEF se puede leer su declaración, que relaciona la educación formal con la erradicación de “prácticas tradicionales” asociadas directamente a la muerte materna e infantil: “se vogliamo ridurre la mortalità materna [...] l'istruzione delle donne e delle ragazze, in particolare di quelle più emarginate, è la chiave per dare loro le conoscenze che servono per mettere in discussione le pratiche tradizionali che pongono a rischio la sopravvivenza loro e dei loro bambini”.

primeros años del parto en casa sucesivos a la afirmación generalizada de los hospitales en el Estado español (cf. cap. 2). Esta tendencia va imponiéndose e intensificándose. A las acusaciones de peligrosidad se responde con estudios que demuestran lo contrario, o mencionando guías de práctica clínica de otros países, o alegando los buenos resultados clínicos obtenidos personalmente en los domicilios³¹. Asimismo, algunos documentos que han defendido esta modalidad de atención en el ámbito del Estado español (Ruiz-Callado *et al.* 2012) o que han propuesto su cobertura sanitaria pública en zonas concretas de Andalucía (De la Torre 2006), han insistido en la seguridad en términos de mortalidad y/o morbilidad. El primero de los estudios citados se focaliza en la mortalidad perinatal³² en domicilios particulares y en centros sanitarios, sirviéndose de datos estadísticos nacionales referidos a partos asistidos por profesionales, a término y únicos (cf. *supra*, epígrafe 1). El segundo es una propuesta técnica que se apoya en fuentes internacionales y utiliza datos sobre mortalidad y resultados en términos de morbilidad, referidos tanto a madres como a fetos y recién nacidos/as. En efecto, en los estudios sobre parto en casa en países del “primer mundo”, a los cálculos porcentuales sobre mortalidad materna y también perinatal, se une una atención más acentuada a la morbilidad (entre otros: Wieggers *et al.* 1996; Johnson y Daviss 2005; De Jonge *et al.* 2009; Wax *et al.* 2010a, Olsen y Clausen 2014). En este sentido, se puede apreciar cierto cambio en la noción de seguridad, siendo ésta referida no solamente al número de muertes sino también a otro tipo de resultados. Sin embargo, es también evidente que, si ya en lo referido a las muertes puede haber cierta variabilidad de criterios en cuanto a los tiempos que se toman en cuenta, la definición de morbilidad está sujeta a una aún más amplia mutabilidad. Así, pueden considerarse datos relevantes algunas consecuencias del parto en la madre como, por ejemplo, desgarros, infecciones, hemorragias o traumas perineales; o en quién nace, como por ejemplo, necesidad de reanimación y/o transferencia a una unidad de cuidados intensivos, hemorragias cerebrales, fracturas, establecimiento de la lactancia o resultados del test de Apgar. Y pueden incluirse algunas intervenciones obstétricas como medidas de la buena o difícil evolución del proceso, e incluso considerarse los tiempos del parto como valor en sí en la evaluación de los resultados. Se asiste, además, a un desplazamiento de la atención hacia los recién nacidos, precisamente en aquellos países del “primer mundo” donde la mortalidad materna ya no es

³¹ A este propósito, se señalan los “celos informativos” hacia mis demandas mostrados por un grupo andaluz que sí recopila datos estadísticos sobre los partos atendidos. Su reticencia a enseñarlos, por miedo a que los divulgara antes de que ellas los publicasen, comprueba esta prioridad estadística que se ha pretendido evidenciar, además de una presión a publicar que no es exclusiva de las ciencias de la salud.

³² Se tiene en cuenta la proporción, por cada mil partos, de muertes fetales a partir de la semana 37 del embarazo y de muertes neonatales en las primeras 24 horas del nacimiento. Las tasas de mortalidad perinatal, en cambio, suelen calcularse por cada mil nacidos vivos en un territorio determinado, y pueden incluir muertes fetales a partir de un número variable de semanas de gestación y hasta los 7 días de vida del nacido.

considerada un problema. La prioridad del “niño sano”³³, es decir, de las condiciones de salud de quién nace por encima de las de quién pare, originada en un contexto histórico particular, se va acentuando con el aumento exponencial de las tecnologías biomédicas. Ya no se trata de asegurarse el crecimiento poblacional (europeo), objetivo que, por otra parte, en países como Rusia ha seguido produciendo a lo largo de años discursos y estrategias pronatalistas (Rivkin-Fish 2010), sino de garantizar la supervivencia de cada bebé, bajo el supuesto de la anulación técnica de todo peligro en el nacimiento.

En todos los estudios mencionados, finalmente, se valoran casi exclusivamente aspectos biológicos. Cualquiera que sea el sujeto tenido en cuenta, madre o hijo/a, limitar la valoración de la morbilidad a elementos como la presencia de hemorragias o el tono muscular deja claramente fuera todo un conjunto de aspectos relativos a otras dimensiones de la salud. Si éstos pueden resultar de difícil detección en el caso de personas que tienen días o meses, y no pueden por tanto expresarse en un lenguaje comprensible, sería en cambio bastante sencillo introducir la opinión de las madres. Cómo *se siente* la mujer que acaba de parir no importa desde un punto de vista estadístico y por tanto tampoco se usa para defender el parto en casa como práctica válida. Si se emplean herramientas como los relatos de padres, madres u otras personas que han presenciado un parto en casa no se hace de manera metódica ni fuera de publicaciones que ya se caracterizan por una visión de la salud no medicalizada. En particular, en revistas de carácter divulgativo, así como en los antiguos boletines informativos de la Asociación Nacer en Casa es frecuente la referencia a experiencias personales, en formato de relatos o cartas de agradecimiento. Sin embargo, no se analizan de manera sistemática estas *otras* cuestiones, elaborando indicadores apropiados o a través de estudios cualitativos. Se asumen, así, los parámetros biomédicos para sostener tanto la seguridad (baja mortalidad) como los beneficios (menores intervenciones invasivas, menores resultados patológicos) del parto domiciliario.

Lo que a primera vista podría parecer una profunda contradicción se entiende, en realidad, a partir de todo lo expuesto. Por un lado, la no disponibilidad de datos hospitalarios sobre otros aspectos de la salud (sociales, psicológicos, emocionales, vivenciales, relacionales etc.) haría del todo inviable una comparación entre casa y hospital que analice estos elementos. Por otro, la centralidad social y biomédica de la noción de seguridad obliga, de alguna manera, a utilizar los mismos términos para sostener la validez de un modalidad de asistencia, o incluso para defenderla como opción preferible en casos determinados³⁴.

³³ Con esta expresión es como se hace referencia a la salud infantil en gran cantidad de documentos oficiales o de médicos particulares.

³⁴ De hecho, en los estudios de seguridad, salvo algunas excepciones (por ejemplo Wax *et al.* 2010b) parece haber cierto consenso sobre la ausencia de diferencias significativas en términos de mortalidad y la mejora de resultados en cuanto a morbilidad en los partos domiciliarios, en aquellos casos catalogados de “bajo riesgo”, e

Por último, entre los estudios de seguridad revisados, cabe señalar que hay también quien admite, muy honestamente, la falta de evidencias en favor de uno u otro modelo, hospitalario o domiciliario (Olsen y Clausen 2014). Lo que el antropólogo Fabio Dei (2012) denunciaba, con cierta vehemencia, como inevitable límite de las denominadas “medicinas no convencionales”, cuya eficacia no puede comprobarse con los clínicamente difundidos ensayos aleatorizados, hemos ilustrado cómo resulta inherente a buena parte de la Obstetricia (*cf.* cap. 3).

En definitiva, para llevar a cabo comparaciones, sólo es posible hacer uso de aquellos datos estadísticos que han sido recopilados, y servirse de estudios observacionales. Pero negar la existencia de evidencias claras, como en el caso de la revisión mencionada (Olsen y Clausen 2014), puede también interpretarse como una invitación a mover el foco de la atención, demasiado estancado en algunas pocas reiteradas cuestiones. Y es lo que se pretende hacer en la parte final de este capítulo, no sin antes analizar las consecuencias de este estancamiento argumental en la realidad social del parto en casa en Andalucía.

2.1. Sólo “bajos riesgos”

Aunque, como veremos, los criterios de seguridad y por lo tanto de aceptabilidad de la atención demuestren cierta variabilidad, tanto entre los equipos contactados en Andalucía como entre las matronas que pertenecen a ellos, la categoría de “bajo riesgo” es la que se suele utilizar para delimitar los casos en los que se puede optar por un parto domiciliario. De manera general, se hace referencia al criterio operacional de “parto normal”, que define el campo de actuación legalmente establecido para el trabajo autónomo de las matronas ya revisado en el capítulo anterior.

Como en los requisitos utilizados en los estudios de seguridad mencionados, y en las guías para la asistencia domiciliaria, las matronas andaluzas declaran asistir sólo “bajos riesgos”, y para determinarlos se sirven de un mínimo de pruebas que permiten detectar posibles malformaciones en el feto o enfermedades graves en la madre o una posición de la placenta que impediría un desenvolvimiento fisiológico, al obstruir la salida por el canal de parto. Una o dos ecografías y una analítica de sangre constituyen los requisitos mínimos exigidos a las mujeres que acuden a ellas.

En contra de una visión que identifica el parto en casa con el peligro, y que por lo tanto acaba pasando por alto el mismo cálculo probabilístico de riesgos que pretende fomentar, las que se dedican a asistir partos en domicilios sí seleccionan aquellos casos que consideran exentos de peligros, o hasta más seguros en casa, según una noción expandida de seguridad que tiene en cuenta tanto las intervenciones iatrogénicas habituales en los centros sanitarios como la muy subjetiva

independientemente del contenido que se haya dado a la palabra morbilidad.

sensación de seguridad de cada una (*cf. infra*, epígrafe 3.5). Así, al tomarse en serio el concepto de “bajo riesgo” se adaptan las pruebas y los medios utilizados a cada persona y situación. A nivel hospitalario, en cambio, a lo sumo la necesidad de reducir las intervenciones se admite para el parto, que ha estado en el punto de mira de las presiones de distintos actores, pero nunca antes de éste. Así, no parece exagerado afirmar que en el ámbito de la asistencia hospitalaria al epp no se distingue, en realidad, entre las categorías de riesgo creadas, al menos en un número elevado de prácticas e intervenciones que se aplican a todas de manera indistintas.

Y sin embargo, a pesar de citar estudios que sostienen la seguridad del parto en casa en términos biomédicos y muy a pesar de la prudencia mostrada por las matronas, que utilizan criterios bastante estrictos para atender un parto en un espacio domiciliario³⁵, la imagen que se desprende de los discursos analizados no es precisamente de aceptación y reconocimiento de validez. Tanto en sus entornos sociales más inmediatos, como en relación con los servicios sanitarios, las mujeres embarazadas y sus acompañantes, que casi siempre corresponden a las parejas, adoptan diferentes estrategias para protegerse de las opiniones dominantes y, al mismo tiempo, obtener las informaciones médicas o el apoyo que consideran necesario. Por otra parte, si ya se ha dado cuenta de la posición y del trabajo de las matronas entrevistadas dentro de las instituciones sanitarias, queda pendiente detenerse en su percepción de y reacción a las opiniones y juicios de otros/as profesionales hacia su práctica en los domicilios.

2.2. El parto en casa en las opiniones: entre locura y valentía

En las entrevistas a madres y padres y en los cursos de preparación al parto se presenta el dilema de si comunicar y cómo la decisión de que el nacimiento tenga lugar en el domicilio a las familias (especialmente a los futuros abuelos), al vecindario, al médico de cabecera, a la matrona de la seguridad social, o al ginecólogo que hará el seguimiento en la privada, entre otros posibles. El interés por el lugar del parto forma parte de una exposición de los cuerpos de las embarazadas al escrutinio público, ya subrayada por otras autoras (Duden 1994, Stormer 2000, Imaz 2010a³⁶). Y se considera tan extraño o poco común recibir comprensión y apoyo que reacciones de este tipo, de aceptación y respeto, no del todo inexistentes, se cualifican a menudo de inesperadas. Donde se

³⁵ Aunque también bastante comunes, ya que el “bajo riesgo” obstétrico se da en la mayoría de los embarazos.

³⁶ En particular, Imaz distingue entre diversos imaginarios producidos alrededor del cuerpo embarazado, como definido en función de otro (en términos de simbiosis, invasión o escisión), como cuerpo “interno” (sujeto a controles médicos), cuerpo “íntimo” (percibido y vivido de maneras contradictorias), y como cuerpo “externo” (percibido a través de los ojos de los otros). Este último concepto hace referencia a la visibilidad de un cuerpo tocado y convertido en tema de conversación, vigilado y juzgado. El carácter público del cuerpo gestante se muestra también en un interés cuasi-morbo por dónde acontecerá el parto, que no encuentra ninguna contrapartida en otros momentos de la asistencia a lo largo del epp.

suele encontrar mayor comprensión es en los círculos de afinidad, en aquellos entornos elegidos y caracterizados por intereses comunes³⁷. Esto último, sin embargo, no es lo más común, y parece depender casi exclusivamente de la trayectoria seguida para llegar al parto en casa, es decir, de si esto forma parte, se encaja en un todo vital, relacionándose con otros aspectos y elecciones, o constituye una opción particular en un momento particular. En cualquier caso, la persistencia del miedo a parir fuera de un hospital se muestra hasta en quien acude a los cursos de preparación, a menudo sin tener aún muy claro si prefiere un centro sanitario o el propio domicilio.

Es habitual, por tanto, no mencionar el lugar elegido para el parto cuando se trata de la casa, obviarlo utilizando expresiones vagas (“me toca el hospital *equis*”, “mi hospital de referencia es ...”) o directamente mentir o comunicarlo cuando el nacimiento ha acontecido. Otras veces, al contrario, explicitarlo puede servir para seleccionar el personal sanitario más cercano a la visión personal del epp, o para discutir las decisiones tomadas con familiares y entorno próximo. Así se puede, por ejemplo, preguntar por la posibilidad de la atención domiciliaria a un/a ginecólogo/a para, en base a sus reacciones, decidir si seguir con este profesional o buscar una alternativa. Análogamente, fuera del contexto sanitario, en algunos casos se opta por comentar las decisiones tomadas, para poder gestionar previamente las reacciones de vecinos/as, padres, madres, suegras, y comunicar posibles necesidades personales.

Quien decide comunicar sus elecciones lo hace en todo caso de manera selectiva y siempre a sabiendas de su condición polémica. Y es que tanto la normalización de la gestión hospitalaria como la común identificación del parto domiciliario con un pasado o con lugares de elevada mortalidad materna e infantil pesan como una losa sobre la realidad social del parto en casa. El estigma obliga a una *gestión del secreto* más habitual para algunas enfermedades³⁸, en un ámbito que no es patológico.

La recurrencia de expresiones como “qué valiente”, “qué temeraria”, o directamente “qué loca”, “qué locura”, referidas a mujeres que deciden parir en casa, o de silencios de desaprobación confirman un juicio generalizado de “anormalidad” y peligrosidad, que es reflejo, en última instancia, de la marginalización social y biomédica del parto en casa, de quien lo asiste y de quien lo elige como opción válida para sí. Así, según relatan madres y padres, en las consultas a lo largo del embarazo en los servicios sanitarios públicos, con matronas, enfermeras, médicos o ginecólogos/as, las reacciones pueden ir de un respeto por las decisiones personales, aunque no se

³⁷ Cabe señalar, por otra parte, la empatía manifestada por un lado por madres, hermanas, amigas que han tenido experiencias hospitalarias poco satisfactorias, cuando no traumáticas y, por otro, por mujeres mayores que han parido en sus casas, o han asistido a partos en casa.

³⁸ Monica Franch, por ejemplo, menciona la necesidad de gestionar el secreto, para los casos de parejas serodiscordantes (comunicación en congreso, “Riscos e apostas: experiências de casais sorodiscordantes para o HIV/AIDS”, VI Congresso da APA, Coimbra, 2-4 de junio de 2016).

compartan, a formas de enfado y reprobación, a reproches más o menos agresivos.

En el caso que se menciona a continuación, a la asociación con el pasado (y no con un pasado histórico reciente sino con una antigüedad prehistórica casi mítica) se añade un rechazo más profundo, un asco hacia lo extraño y lo desconocido, que la mujer que lo recuerda consigue relatar con cierta ironía:

Entonces al único al que se me ocurrió insinuárselo, tonta de mi también, fue al ginecólogo que me llevaba el control del embarazo, simplemente por saber, porque es que necesitaba información. Total, que se lo pregunté, simplemente por saber si había algún tipo de subvención o si la Seguridad Social de alguna manera contemplaba esta posibilidad. ¿Dar a luz en casa? Digo: sí, es que no sé si la [...], en otros países de Europa se hace. Ay hija, por dios, por dios, como en las cavernas- me dijo.

Y sigue:

Es que fue algo [...]: ¡qué asco! Y digo: ¿asco? Me dijo: dar a luz en tu cama, y me dijo: qué asco. Yo siempre me quedaré con la duda de si pensaba que mi cama estaba sucia [risa], o le daba asco ensuciarla, nunca lo sabré [Inés, 38 años].

Más de una vez son precisamente las reacciones de incompreensión frente a la decisión de dar a luz en casa, así como frente a otras decisiones minoritarias, las que determinan el tipo de relación que se va a establecer, o incluso que impiden su establecimiento:

Y a la ginecóloga que me llevaba en el privado, que es una mujer [...] vamos, que me caía muy bien y era muy cariñosa y todo, se lo comenté, y ella me dijo que no, que no, que no estaba de acuerdo, vaya, que no le parecía bien. Muy cariñosa me lo dijo, y muy bien, pero vamos, ya no fui más [Lola, 41 años].

Cabe señalar, por último, que aunque cierta animadversión, más o menos evidente, es lo que define de manera generalizada las opiniones provenientes de los sectores biomédicos, sus efectos no se consideran necesariamente problemáticos, pudiendo ser la opinión experta también absolutamente ignorada:

La doctora, bueno, me dijo que podíamos parir donde nos diera la gana, pero que tenía que hacer estas pruebas, que era protocolo obligatorio. Pero, vamos, no lo hice, claro. [ríe con gusto] [Azahara, 39 años].

Con respecto a las matronas que asisten en casa, su situación se demuestra igualmente crítica. Las que llevan una trayectoria más larga, sin embargo, notan una mejora progresiva, desde una hostilidad abierta, que incluía insultos y amenazas de denuncia, a una mayor variabilidad, que comprende desde la admisión de la validez de la atención domiciliaria, a expresiones de curiosidad al rechazo más o menos manifiesto. La reducción del estigma representa, para más de una, una auténtica conquista, y parece haber cierto optimismo sobre la progresiva aceptación del parto en

casa, pese a que la ausencia total de su mención en la formación así como la falta de cobertura pública ciertamente no representan un incentivo a su conocimiento y difusión.

Lo que va emergiendo es una condena menos generalizada que en el pasado y no tan explícita, aunque siga habiendo situaciones incómodas, o cierto menosprecio, del que se percatan con mayor facilidad aquellas matronas que trabajan “de incógnito” en hospitales, o sea, sin declarar su otra faceta laboral. De hecho, si algunas ya son “famosas” en su zona de trabajo, y no podrían en absoluto ocultar a qué se dedican, otras llevan poco tiempo en la atención domiciliaria y no son necesariamente conocidas. La percepción general, en cualquier caso, sigue siendo la de estar constantemente en ascuas. En primer lugar, el parto en casa queda lejos de tener buena acogida en los sectores sanitarios y en la sociedad más amplia y, en segundo lugar, la responsabilidad no está nunca diluida, como en cambio puede suceder en un hospital. Así, a pesar de las buenas relaciones que muchas dicen mantener con algunas compañeras de estructuras sanitarias públicas, parece bastante común atribuir a quien asiste en casa un comportamiento irresponsable, un atrevimiento debido a una falta de valoración de posibles consecuencias funestas y hasta una actitud sádica hacia las mujeres, a quienes se convencería para prolongar su sufrimiento más de lo necesario y de lo considerado seguro por los protocolos hospitalarios. Posiciones que, por otra parte, concordarían con las de los estamentos oficiales de Enfermería, manifestadas en el ya discutido *Informe Doulas*.

En palabras de Virginia:

Hay profesionales que lo ven genial, y que lo ven muy bien y que te digo, ya han normalizado un poco la situación. Y hay otros que, hombre, a ti directamente no te dicen nada, pero un poco el cachondeo: ah, pues, ¡qué valientes sois, ¿no? las matronas que atendéis partos en casa. ¡qué valientes! Y en fin, te dicen una serie de tonterías que [ríe], pero que sí, yo creo que aunque no te lo digan de frente, ¿no? en el fondo la mayoría lo que piensan es qué arriesgadas somos, ¿no? Igual que las mujeres que paren en casa [Virginia, 30 años].

2.3. Los costes ignorados de la asistencia en casa

Los casos de abandono de la asistencia domiciliaria no son en absoluto excepcionales y en todas las provincias andaluzas hay matronas que han preferido “dejar la casa”. A ellas se añaden las que nunca se han decidido a dar el paso a atender en domicilios, como Jana, precisamente por los sacrificios que supone, y las que dicen tener una relación de amor-odio con este trabajo, y de haber pensado más de una vez dejarlo, como Elena.

Todas las que se dedican a asistir en casa admiten la sobrecarga que implica, en términos de responsabilidad y de horas de trabajo, las inevitables consecuencias en sus vidas personales y familiares, y también la no rentabilidad económica. A pesar del coste elevado de esta asistencia,

sobre todo si se compara con la gratuidad del hospital, vivir sólo del parto en casa llega a ser para más de una completamente inverosímil. En particular, la estructuración en equipo de entre cuatro y ocho personas, tanto en Granada como en Málaga, responde, por un lado, al agotamiento que suele producir este tipo de trabajo, distribuyendo las tareas entre muchas y adaptando el nivel de dedicación a la disponibilidad de cada una; y, por otro, a una consideración de la asistencia domiciliaria como algo complementario a sus actividades laborales principales, en hospitales o centros de salud. La atención en casa, en estos casos, responde a una inquietud personal y a una demanda concreta de algunas mujeres, pero no constituye un ingreso económico relevante. La retribución se va diluyendo entre cuotas de autónomo, gastos de desplazamiento, cursos de formación y alquileres de locales. En general, se coincide en que para cubrir gastos y tener un sueldo digno habría que ser un equipo pequeño, tener entre dos o tres partos al mes y dedicarse de manera exclusiva e intensiva al parto en casa. Quien lo hace y “vive del parto en casa”, o sea siendo ésta su principal actividad laboral, sigue efectivamente esta fórmula. Su vida más allá de los partos se ve, sin embargo, fuertemente resentida.

Que dedicarse a asistir en los domicilios implica, en cualquier caso, una fuerte inversión de tiempo y energía queda patente en todas las entrevistas. El cansancio y el agotamiento, o “perder la ilusión” pueden fácilmente llevar a querer tomarse pausas, o a dejar definitivamente la asistencia en casa. Lo explica así Ana, que sostiene que a todas se les ha ocurrido, en algún momento, apartarse:

Intentamos ser honestas con nosotras mismas y con las mujeres a las que acompañamos, y nos divertimos. Y en el momento en que no sea divertido, pues apártate un poco. A lo mejor después te puedes volver a divertir, pero si en este momento te está quitando más de lo que te está dando [...] [Ana, 42 años].

Para la asistencia domiciliaria se requiere una motivación fuerte, política en un sentido amplio, de actuar en la vida cotidiana para cambiar las cosas, pero también visceral, deseante, como algo que ilusiona, que mueve, que apasiona. El deseo como “fuerza propulsora e imperiosa” (Braidotti 2004: 172) es lo que hace posible, en última instancia, la asistencia en casa. En un contexto evidentemente poco favorable, solamente un componente vocacional o militante, algo que va más allá de la mera racionalidad económica, permite existir a este modelo. No es *solamente* un trabajo (*cf infra*, epígrafe 3.6), sino algo que apasiona, que gusta, que llena, que “divierte”, lo que se conceptualiza también como energía que sube o baja según el parto, o en términos hormonales. Hay partos que dan energía y otros que la quitan, hay situaciones en la que se comparte el “subidón” o el “chute” hormonal, y otras de auténtico agotamiento. En algunos casos, precisamente experiencias de excesivo desgaste o de desilusión han motivado el alejamiento. En otros, ha sido más bien la acumulación de muchos años de dedicación a tiempo completo, y la necesidad de desarrollar otras

facetas.

Como se mostrará al describir las principales características del modelo domiciliario, asistir en casa, al menos en el contexto de estudio, no significa simplemente transferir conocimientos y aparatos a otro lugar, como también podría ser y como, a decir de algunas, es ya en otras zonas. Por su variabilidad y su impredecibilidad no es comparable a ningún otro tipo de trabajo sanitario, y se distancia por obvias razones del trabajo asalariado en hospitales, con turnos laborales definidos e ingresos estables. Quien no lleva mucho asistiendo en domicilios admite que ni se había planteado la posibilidad de la dedicación exclusiva. La propia organización de la sanidad pública, en la que, fuera de los puestos de funcionariado, es necesario seguir acumulando puntos y presentarse periódicamente a unas oposiciones obliga a mantener cierta continuidad en el trabajo en hospitales o centros de salud, si no se quiere descartar definitivamente esta posibilidad laboral. Que el “trabajo seguro” se haya revelado una quimera para las generaciones más jóvenes, también en el ámbito sanitario, no impide mantenerlo como ideal y pensar con preocupación en las consecuencias de elecciones que divergen de las habituales e históricas para las matronas.

Casi siempre, así, en la decisión de no dedicarse exclusivamente al parto en casa o de dejar este tipo de atención, se entremezclan diferentes motivos. Pero, si se tuviese que diseñar una escala de motivaciones, de la más a la menos presente, sería ciertamente el tiempo, o mejor dicho la ausencia de él, el que ocuparía la cúspide. Aunque quien trabaja en equipos medio-grandes consigue reproducir el modelo por turnos de los hospitales, el tener que compatibilizar el trabajo domiciliario con otras actividades, laborales y familiares, hace que sea bastante difícil tener tiempo *para sí*. Las dificultades para reunirse entre matronas de un mismo grupo, o para calendarizar las entrevistas conmigo, demuestran esta escasez generalizada de tiempo en los equipos de más de dos o tres personas. En cambio, quien se dedica exclusivamente a la atención domiciliaria dispone de más tiempo en términos absolutos pero no relativos. Así, es más fácil, por ejemplo, que encuentre huecos en su agenda, pero es también más fácil que anule la cita porque la han llamado para un parto, o que la conversación se interrumpa repetidamente a causa de consultas telefónicas. En una de las entrevistas exploratorias, anteriores al inicio del trabajo de campo propiamente dicho, recuerdo las interrupciones constantes de llamadas telefónicas y una afirmación, seguida por una carcajada, que decía más o menos lo siguiente: “Esta es nuestra vida, la de las matronas de parto en casa”.

Con tiempo absoluto y relativo se hace referencia aquí, respectivamente, al tiempo ocupado *por* el trabajo (la asistencia en sí) y al tiempo de disponibilidad *para* el trabajo (muy especialmente las semanas de guardia antes del parto). Para entenderlo, los ejemplos utilizados por las propias

comadronas son muy esclarecedores. Hay quien pone el ejemplo de la cena interrumpida, de la imposibilidad de viajar o de ir a sitios sin cobertura telefónica, de celebrar alguna festividad en tranquilidad o de tomarse un vino demás. Esta falta de un tiempo de calidad, sin preocupaciones y sin compromisos pendientes, sin estar en alerta y con posibilidades de movimiento muy limitadas es, en definitiva, el motivo principal del abandono, en caso de dedicación exclusiva, y también el motivo principal para no dedicarse únicamente al parto en casa o, por último, para no trabajar en absoluto en este tipo de asistencia. Así Patricia, que en 2013 había dejado la asistencia domiciliaria, afirmaba:

¿Y por qué he dejado de asistir ahora? Pues por varios motivos [ríe], por un motivo porque está [...], es muy cansado, para mi, igual es el momento de mi vida este también, pero es estar 24 horas pegada al teléfono durante 10 años de tu vida es muy, muy cansado. Y no poder disponer nunca de tu vida personal, ¿no? De decir: me voy a cenar, tienes que ir con dos coches, por si tu marido se queda, pero tú te vas, el equipo de parto siempre metido [Patricia, 43 años].

A ello añadía su situación familiar, al haber adoptado poco tiempo antes un tercer hijo, y la dedicación a otra rama de trabajo, la osteopatía, que le permitía también aplicar nuevos conocimientos con las embarazadas, o en el posparto tanto con madres como con bebés, pero con horarios de consulta establecidos y sin tener que desplazarse. Además, cuando empezó a trabajar en Andalucía, existían muy pocas matronas que asistían en casa, y por lo tanto ella y una compañera actuaban en un territorio muy amplio, en un radio de alrededor de 200 kilómetros, y sintiendo una especie de obligación moral a la asistencia. Al recordar los desplazamientos entre Córdoba, Sevilla, Huelva y Cádiz, el despertador a las seis de la mañana, y luego la vuelta del viaje, sostiene que probablemente ya se ha “hecho mayor” y no puede con tanto³⁹.

Para muchas otras, precisamente este nivel de dedicación, y la disponibilidad constante, ha sido lo que las ha frenado a la hora de decidir si optar por la exclusividad de la asistencia domiciliaria.

La variabilidad de los equipos, el entrar y salir de personas, y los diferentes grados de compromiso constituyen otro problema evidente en algunos lugares, en gran parte consecuencia directa de los “costes ignorados” de la asistencia en casa. Así lo expresa Marta, que trabaja en un grupo con niveles de participación muy diferenciados y que en más de un caso ha experimentado lo que significa estar sola de guardia, situación que ciertamente no extendería a todo el año:

O no me puedo ir a la montaña, simplemente. A mi me encanta, a nosotros nos gusta muchísimo ir a la montaña, a hacer senderismo, caminar, porque allí no tengo cobertura, al móvil. Entonces no me puedo ir. Voy a la playa con mis hijos, pero estoy cada dos por tres [...], claro, en la playa no es que tienes el móvil a lado, sino que te vas al agua, y cuando vuelvo corriendo miro el móvil. Entonces tú sola sola los 365 días de guardia, es que es un sin vivir. Entonces a mi me gustaría, pero si tuviera un equipillo con más gente, por lo menos dos o tres [Marta, 44 años].

³⁹ Después de unos años de pausa, sin embargo, a finales de 2015 ha retomado la asistencia en casa.

Jana es matrona hospitalaria, pero es amiga de otras que trabajan únicamente en domicilios, y ha visitado proyectos de casas de parto en otros lugares, en Cataluña y en Bélgica, con la idea de montar algo parecido en Andalucía. Es al tener en cuenta las dificultades que implicaba, tanto a nivel legal como económico, la falta absoluta de apoyo institucional y, sobre todo, las condiciones de trabajo de sus amigas, que decidió finalmente abandonar esta idea:

Un poco pues como que no sé, me gustaría, en realidad, si estuviera algo más hecho, y sobre todo a mi lo que me frena mucho es que si yo hubiera estado preparada para atender partos en casa cuando tenía 26 años, o 27 o 28, pero para mi ahora [...], es como que mi tiempo es muy importante para mi. O sea yo, o sea como que yo ahora, tal como me he montado esto, estoy muy contenta en mi trabajo, pero yo voy, trabajo, doy todo lo que tengo que dar de mi, pero yo ya a las ocho de la mañana me he venido acá [para su casa], y ahora ya es mi vida. ¿Sabes? [Jana, 41 años].

Los tres casos presentados, de abandono (Patricia), dedicación solamente parcial (Marta), y renuncia a asistir en casa (Jana), representan muy bien la opinión compartida de lo sacrificado de trabajar de manera continuada y exclusiva en la asistencia domiciliaria, y también una muy común actitud ambivalente hacia este trabajo. Tanto es así que el formato de dedicación única y guardias constantes a veces se llega a concebir como posible solamente dentro de vínculos de amistad, fuera del trabajo remunerado y como parte de otro tipo de relaciones. Quien ha utilizado y/o sigue utilizando este formato sabe que grupos muy pequeños, de dos o tres personas, no resuelven el problema de la falta de tiempo de calidad para sí mismas, y de las renunciaciones que implica. La asistencia al parto se lleva casi siempre entre dos⁴⁰ y quien no complementa este con otros empleos suele ofrecer un trabajo más amplio a lo largo del embarazo, con sesiones grupales y/o individuales, y a veces también coordinar grupos de posparto, colaborar en grupos de crianza u ocuparse de otras cuestiones ligadas a la educación para la salud⁴¹. Quien hace del parto en casa su ocupación principal sólo puede apoyarse en la solidaridad de amigas que antes han trabajado en este sector, y que se ofrecen a sustituir las en casos puntuales, para celebraciones u otros acontecimientos importantes. Sin embargo, hay que contar también con que las sustituciones, en un modelo altamente personalizado, no son siempre bien recibidas por las mujeres (*cf.* cap. 6).

Finalmente, los sacrificios que conlleva este tipo de asistencia están inextricablemente ligados a su marginalización social, institucional, es decir relativa a las políticas sanitarias, y biomédica. En otros contextos, donde parir en casa no se considera algo absurdo, o hasta está incluido en el gasto sanitario público, es de suponer que la dimensión del sacrificio no esté tan presente. Que quien haya

⁴⁰ Si son solamente dos matronas, por tanto, las dos estarán en el parto, a veces llegando en momentos distintos.

⁴¹ No complementar la asistencia en casa con ocupaciones en la sanidad pública, por consiguiente, aún sin considerar la disponibilidad *para* el trabajo, no reduce en absoluto la carga laboral en sí. A lo mencionado, se añade la participación en distintos foros, como medida para visibilizar y también vender los servicios ofertados.

visitado, hecho prácticas o incluso trabajado en proyectos similares en otros lugares se vea profundamente desmotivado en Andalucía no es en absoluto casual. La identificación de la asistencia domiciliaria con un trabajo muy absorbente, potencialmente sacrificado, y se podría decir que total, en la medida en que no deja espacio para otras cosas, se explica, por tanto, por su contexto específico. Pero muestra también, a la vez, la persistencia de problemas que en Nacer en Casa se identificaban ya hace décadas. En una de las cartas de convocatoria de asamblea analizadas, de noviembre del 1990⁴², se proponía un cuestionario centrado en la experiencia personal de cada profesional, cuyos objetivos eran proporcionar material para un taller y servir, al mismo tiempo, de “examen de conciencia”. En éste se manifiestan algunas de las cuestiones que se acaban de evidenciar. En particular, del punto 3 al 6, se incide en las posibles dificultades de esta opción laboral, a saber (cito literalmente):

- Repercusión de este tipo de trabajo en tu vida cotidiana.
- Miedos de los que eres consciente que vives durante ese tiempo-momento.
- Cuestionamientos que has ido sufriendo en lo personal y en lo profesional a lo largo de tu trayectoria.
- Dificultades actuales: infraestructura, legales, técnicas y psicológicas-emocionales.

La antigüedad de las dificultades vividas por muchas, que se consideraba importante poner en común en una época de mayor aislamiento, demuestra también que, a pesar de las presiones de grupos de usuarias en favor de cambios en la asistencia al epp y de las reformas hospitalarias “humanizadoras” de estos últimos años, la asistencia domiciliaria al parto sigue ocupando un lugar incómodo, de incompreensión, estigma y discriminación. Al menos en el territorio de Andalucía, se puede sostener que no se han dado cambios significativos en la percepción social y biomédica general del parto en casa y en la vida cotidiana de las matronas que lo asisten. Las dificultades señaladas en los documentos más antiguos de la Asociación son, en gran medida, las mismas que emergen hoy de las conversaciones con las comadronas andaluzas, y que pueden derivar en el abandono de la asistencia.

A continuación se procederá a una descripción y análisis de los rasgos más importantes del modelo domiciliario, primero reflexionando sobre lo que supone *quedarse en casa* para parir, y luego tratando de aislar aquellos aspectos que van definiendo los modos de la asistencia.

⁴² Carta del 19 de noviembre de 1990, Asociación Nacer en Casa.

3. Características estructurales y programáticas de la asistencia

El espacio de la casa es un espacio propio, atravesado por la cotidianidad de comidas, tareas y conversaciones, reflejo de gustos e historias personales, lugar donde se sabe perfectamente cómo moverse. Pese a que en más de un caso se dan mudanzas precisamente a lo largo de la gestación, en previsión del aumento del tamaño familiar, o puede tratarse de apartamentos muy pequeños, el espacio doméstico se suele identificar con un espacio íntimo, cómodo y no amenazador. Es la comadrona la que se desplaza hacia un lugar extraño para proporcionar la asistencia, mientras que la mujer de parto se queda en un territorio conocido, acompañada por personas también conocidas y con las que mantiene un vínculo. La presencia de familiares, de amistades o de niños/as, posible en el espacio doméstico, devuelve al parto una dimensión social y lo reinserta en la vida cotidiana, no sin reconocer su importancia. Es un momento que se considera excepcional, pero no anormal, y que no necesita ser sacado de la cotidianidad. La posibilidad de hacer uso de ropa y objetos personales, de estar sola, de compartir momentos exclusivamente con la pareja o con otra persona elegida, de mantener relaciones sexuales, estar desnuda o darse un baño reconocen y respetan la delicadeza de un acontecimiento que se describe como experiencia corporal y sexual. En la casa se crea con más facilidad el contexto propicio para que los cuerpos se expresen a través de gritos, gemidos, sonidos, fluidos variados, movimientos y posturas diversas. Las emociones, los miedos, los dolores no se ocultan, sino que se dejan salir y se intentan gestionar, aunque no falten impropiedades, bloqueos o dificultades de comunicación.

El espacio de la casa representa, en definitiva, un “espacio de confianza”, en el que cuerpos y emociones adquieren un indudable protagonismo y en el que se comparte, con una serie de personas elegidas, una experiencia para muchas de extraordinaria importancia en su vida.

La configuración espacial de la casa da lugar, en suma, a una revalorización de dimensiones que han quedado completamente descartadas con la hospitalización masiva.

Siguiendo a Marcial Gondar⁴³, que reflexionaba, con una lucidez e ironía envidiables, sobre el momento de la muerte, y “nuestra” incapacidad sociocultural para gestionar la angustia que genera, se puede sostener que algo muy parecido pasa con el inicio de una nueva vida. Si las soluciones, en los casos de muerte, están enfocadas a hacer “como que no pasa nada”, expulsando la muerte de los discursos y de los espacios de la vida social a través de diferentes estrategias, igualmente el nacimiento, con su hospitalización, se separa del fluir de la vida, haciendo, entre otras cosas, que no sepamos cómo comportarnos.

⁴³ Se hace referencia a su ponencia en el marco de las jornadas *¿Cómo morimos? Cultura, dignidad, procesos asistenciales y eutanasia*, Universidad de Sevilla, 12 de noviembre de 2015.

Los paralelismos entre principio y final de la vida, sobre todo en lo referido a su progresiva gestión biomédica, han sido ampliamente puestos en evidencia (Illich 1984 [1976], Laget 1982, Biesele y Davis-Floyd 1996, Kaufman y Morgan 2005, Valderrama 2013). Pero las reflexiones de Gondar permiten ir un paso más allá, y colocar la hospitalización del nacimiento, así como la de la muerte, dentro de una expulsión general de estos eventos cruciales de la vida social. Esta *separación de la cotidianidad* de las relaciones sociales se realiza no solamente a través de la consolidación de su manejo biomédico hospitalario sino por medio de otros mecanismos. Entre las estructuras específicas que permiten y promueven un alejamiento de la muerte de la vida cotidiana encontramos los tanatorios y cementerios (cada vez más alejados de los núcleos habitados), así como fórmulas de ocultamiento y negación de tipo discursivo (progresiva desaparición de las conversaciones), sociales (exclusión de niños/as de las experiencias de duelo, anulación de los periodos de alerta social posterior), físicas (cancelación de las marcas corporales, por ejemplo con el maquillaje en los cadáveres). También para el caso del nacimiento se presentan dispositivos muy variados⁴⁴. Siguiendo los enumerados anteriormente para la muerte, se puede señalar la consolidación de su manejo experto, en un proliferar de figuras y teorías, los lugares específicos y separados de otras franjas etarias creados para la primera infancia, el desconocimiento generalizado de los procesos de epp y la ausencia de niños/as en los partos, la anulación del periodo de cuarentena como fase socialmente reconocida de reposo y recepción de cuidados, los adelgazamientos rápidos o las cesáreas bikini para cancelar las marcas del cuerpo.

Gondar se sirve de su trabajo etnográfico en sociedades campesinas y marineras gallegas para mostrar otras posibilidades de hacer frente a la muerte, y compararlas con las que define “estrategias avestruz” o “estrategias aspirinas”, típicas de sociedades capitalistas avanzadas. Con estas expresiones lo que pretende señalar es, por un lado, la tendencia a ocultar el final de la vida⁴⁵, a ignorarlo apartándolo, dando las espaldas al asunto como si no existiese e intentando que pase lo más rápidamente posible, y por otro la propensión, no solamente biomédica, a eliminar los síntomas sin enfrentarse a sus causas. De esta manera, se deja a un lado los aspectos emocionales, en el cuadro de una común incapacidad cultural de gestionarlos. Una vez que han dejado de funcionar los mecanismos “tradicionales” para afrontar colectivamente el problema de la muerte, para enfrentarse

⁴⁴ Aparentemente se habla mucho de maternidad y primera infancia, pero en modos superficiales, edulcorados y mercantilizados. De hecho, madres y padres saben muy poco antes de llegar a la maternidad/paternidad, desconocen lo que implica en distintos niveles: por ejemplo, cambios anatómico-fisiológicos, itinerarios clínicamente definidos y públicamente promovidos, cambios en el lugar que se ocupa en el espacio familiar y público.

⁴⁵ No debe confundirse la recurrencia de noticias sobre catástrofes y muertes, su espectacularización, su presencia constante pero banalizada, con su socialización y con una gestión consciente y compartida de las emociones que genera.

a los miedos y elaborar el luto, su reducción a problema individual y a una serie de trámites preestablecidos y burocratizados resulta del todo incapaz de tener en cuenta la importancia que asume para los sujetos. Esta incapacidad no está, evidentemente, exenta de consecuencias, y puede también desembocar en formas patológicas o patologizadas de gestión del sufrimiento humano.

En el caso considerado, en cambio, el parto domiciliario, una opción que se da dentro de “nuestras” sociedades tardocapitalistas, pero que es extremadamente minoritaria, permite igualmente visibilizar posibilidades profundamente distintas de las dominantes, no solamente en relación al parto, sino a su proceso previo (el embarazo) y su desenvolvimiento posterior (el posparto y la crianza). El inevitable término de comparación es ciertamente el hospital, pero también, de manera más amplia, la gestión sociocultural del epp y de la primera infancia a la que, inevitablemente, tienen que hacer frente madres y padres. No se trata de idealizar lo que ha sido marginalizado, como para Gondar no se trataba de ensalzar el campesinado gallego, sino de cuestionar que lo habitual y lo normativo es siempre lo mejor. Tampoco es cuestión de oponer un sistema a otro ni de atribuirle valores absolutos, sino de servirse de lo que parece válido de cada uno, en una mezcla que muchas matronas fomentan activamente.

El nacimiento y la muerte están íntimamente ligados también por una base retórica común, que valora la supervivencia o, en términos agambenianos, la “*nuda vita*” (Agamben 1995) por encima de otros aspectos. Es precisamente la conceptualización de la muerte como *fracaso* lo que subyace a una gestión, tanto del inicio como del final de la vida, racionalizada y vaciada de cualquier otro contenido. Se trata, en último término, de una ignorancia socialmente fomentada, de una falta de herramientas culturales que deja a las personas desprovistas frente a situaciones que, a pesar de su confinamiento, de su separación de la vida social, e incluso de su negación, siguen dándose y siguen produciendo sentimientos contradictorios.

En una visión de continuidad y no fragmentación, la vida y la muerte son también dos caras de una misma moneda. En el modelo biomédico hospitalario, al contrario, nacimiento y muerte se excluyen mutuamente, y el acento en la gestión experta produce una actitud defensiva e intervencionista que es la que se ha venido denunciando desde los movimientos de usuarias que luchan por los derechos en el parto. Parece, a este propósito, muy revelador que las respuestas institucionales a demandas sociales tanto relativas al principio como al final de la vida se acerquen considerablemente, tanto en las disposiciones legales y en el diseño de reformas y herramientas teóricamente útiles, como en su limitado alcance. Así, por ejemplo, ambos movimientos, por un parto respetado, y por una muerte digna, basan su reivindicaciones en la Ley de Autonomía del Paciente⁴⁶, ambos han elaborado o

⁴⁶ Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

difundido herramientas como los planes de parto y el testamento vital, que deberían contribuir a la mencionada autonomía y que han sido incorporados, en diferentes medidas, a nivel sanitario. Además en Andalucía, la denominada Ley de muerte digna⁴⁷, y el *Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal*, apoyado en varias disposiciones legislativas previas, crean un marco favorable al efectivo respeto de las decisiones personales. Sin embargo, como se ha señalado, una serie de elementos entrelazados limitan fuertemente las mismas posibilidades de elección. Al no existir las herramientas socioculturales para activarla, la anunciada autonomía se queda hueca, y opciones como parir en casa o interrumpir voluntariamente la vida no dejan de ser muy controvertidas y de estar altamente estigmatizadas. Es más, al dejar la gestión del nacimiento y de la muerte dentro de un campo predominantemente biomédico, se produce lo que otros autores como Menéndez, citado en Uribe 1996: 369, han denominado “participación bloqueada”, es decir, una participación cuyas pautas han sido previamente fijadas.

En la asistencia domiciliaria al parto se producen algunos cambios sustanciales con respecto a la atención sanitaria habitual, que permiten pensar en ella como en un modelo profundamente distinto del hospitalario.

Un modelo es, evidentemente, una construcción teórica, que no corresponde a la enorme variabilidad de las praxis, y que sin embargo puede resultar muy útil a nivel analítico. La propuesta de Eduardo Menéndez, que utiliza la noción de MMH (Modelo Médico Hegemónico) para referirse a la biomedicina y enumerar sus características estructurales, abre camino a una mejor delimitación de lo que significa un modelo, al insistir en que se trata de tendencias generales comunes y determinantes, de una abstracción que al fin y al cabo no tiene en cuenta el dinamismo interno en cada práctica social. En pocas palabras, un modelo “constituye un instrumento para la indagación de la realidad, pero no es la realidad” (Menéndez 2005: 47). Si, en todo caso, al analizar una realidad social determinada, se emplean siempre narraciones e interpretaciones, la diferencia, al hablar de modelos, es que se pasa a un nivel de abstracción mayor, en el que se consideran solamente aquellos rasgos que, por su importancia y su recurrencia, emergen como definatorios de una específica tipología de atención. En el caso aquí considerado, hablar de “modelo domiciliario de asistencia” permite aislar algunos elementos que lo definen y que, simultáneamente, lo distinguen del otro modelo mencionado, el hospitalario. Tratarlo como una unidad con características propias desmiente, en definitiva, la hipótesis de una posible incorporación en lo que se entiende, precisamente, como algo *esencialmente* distinto, aunque no opuesto.

Cabe señalar que se incluye en ambos modelos toda la asistencia proporcionada a lo largo del epp,

⁴⁷ Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.

aunque sea el parto el momento más determinante para identificar muchas de las diferencias. El hospital y la casa, además, no son los únicos espacios utilizados a lo largo del epp, entre consultas públicas o privadas, sesiones en los Centros de salud, encuentros grupales en centros especializados, reuniones en contextos no sanitarios. No obstante, en primer lugar el hospital constituye el núcleo definitorio y el referente fundamental también en el ámbito extrahospitalario de la atención primaria (Uribe 1996). Es el origen formativo de todo el personal sanitario que se ocupa del seguimiento del epp, y el destino último de la asistencia, que culmina en el parto y raramente se prolonga en el posparto. En segundo lugar, la casa no es solamente el lugar de desenvolvimiento del parto para el modelo aquí examinado, sino que se visita también a lo largo del embarazo (mínimo una vez) y en el posparto. Además es a lo que se enfocan los encuentros previos entre matronas y parejas y, sobre todo, lo que proporciona el contexto adecuado para algunas importantes características del modelo. Los que al principio de este epígrafe se han presentado como rasgos estructurales del espacio de la casa son ulteriormente definidos y resaltados por el tipo de asistencia ofrecido. Así, no solamente la configuración espacial doméstica favorece determinados aspectos, sino que las profesionales que acompañan contribuyen a dirigir la atención hacia los elementos subrayados. Su manera de actuar mantiene el parto dentro de la cotidianidad y de relaciones sociales significativas, valora enormemente la parte emocional, invita a un protagonismo corporal, a un “abandono” al cuerpo y a las sensaciones, y reconoce en el momento de dar a luz un acontecimiento eminentemente sexual. Al socializar, corporalizar y sexualizar el parto se procede también en un sentido inverso al que se ha fomentado con la hospitalización. Llevar el parto al hospital ha significado sustraerlo a la vida cotidiana, desocializarlo, dessexualizarlo, y dejar a expresiones corporales y emocionales un espacio francamente anecdótico.

En último término, se podría sostener que el parto en casa responde también y fundamentalmente a una necesidad que Gondar, en las mencionadas jornadas, tradujo en una invitación. “Tenemos que aprender a ritualizar las cosas”, decía, haciendo hincapié en el común “no saber qué hacer” que acompaña el acontecimiento de la muerte. Volver a ritualizar las cosas significa crear un marco de sentido compartido y no exclusivamente racional que tenga en cuenta aquel conjunto de dimensiones que una racionalidad utilitarista no es capaz de abarcar. Que no basta con promover reformas institucionales si no se da un cambio profundo a nivel social y cultural queda patente en las palabras de una comadrona que comparaba a los padres, ahora no solamente aceptados, sino invitados a entrar en los paritorios hospitalarios, con unos floreros, unos adornos incapaces de portarse porque ignoran qué pueden hacer, y porque no ha sido creado un espacio para ellos:

¿Por qué los padres florero? Porque si ahora lo moderno era que estuviera el padre presente, pues un señor que ni se había planteado estar en el parto y una mujer que tampoco se lo había planteado, y que

no sabía qué hacer allí dentro, se lo encontraba, lo describía ella muy gráficamente, se lo encontraba dentro de la sala de partos pero mirando para la pared y con la cosa verde de los pies subida en lo alto de la cabeza, ¿no? [Isabel, 57 años]⁴⁸

En los apartados que siguen se podrá profundizar en las dimensiones señaladas anteriormente, a partir de su expresión en ideas y formas de actuar particulares. Se prestará además especial atención a cómo éstas marcan una distancia más de una vez insalvable con el modelo hospitalario, para retomarlas conjuntamente en una tabla final.

3.1. Continuidad y personalización de la asistencia

La continuidad de cuidados es tal vez uno de los rasgos más evidentes, ya que desde el primer contacto, normalmente en el último trimestre del embarazo, hasta el primer periodo del posparto, las madres, y más a menudo ambos componentes de las parejas, mantienen un seguimiento con las matronas elegidas para la asistencia. El número de consultas durante la gestación puede variar bastante, desde un mínimo de tres⁴⁹ a una media de una al mes a partir de la primera cita e independientemente de en qué momento ésta se da, a una adaptación constante a las exigencias de cada caso. Igualmente, en el posparto se suelen hacer tres o cuatro visitas, pero se puede llegar a un número mucho más elevado si se estima necesario. A menudo se menciona una frecuencia general estándar: a las 24 horas, a los cinco, quince y cuarenta días del parto. Existen, además, diferentes formatos de preparación en el embarazo y de seguimiento grupal posparto. Estos últimos, los relativos al periodo sucesivo al nacimiento, sin embargo, no suelen estar incluidos en el precio de la asistencia al parto en casa, y pueden ser tanto retribuidos como más informales y no remunerados.

La duración de cada consulta en el embarazo varía entre una y dos horas. En ellas, fundamentalmente, las matronas y las parejas se conocen e intentan establecer una relación de confianza mutua. En los grupos más grandes se intenta que las visitas se hagan de manera rotativa, de manera que pueda conocerse a todo el equipo. En algunos casos, además del conocimiento mutuo, de la revisión de pruebas y analíticas y de algunas mediciones para controlar el bienestar y el crecimiento fetal, se utiliza un cuestionario con el que se trabaja a lo largo de las sesiones. El objetivo de las preguntas es profundizar en temas que se consideran fundamentales para un buen

⁴⁸ Las palabras reproducidas son pronunciadas por Isabel, pero hacen referencia a una expresión utilizada por una amiga matrona, que también la ha empleado más de una vez conmigo, en conversaciones informales o en las clases de preparación. “La cosa verde de los pies” son los cubre-zapatos de usar y tirar, de empleo obligatorio para entrar en la zona de la asistencia.

⁴⁹ Entre las que realizan tres consultas, hay quien efectúa una por trimestre, cuando las parejas se ponen en contacto con ellas muy pronto, y quien una al mes, centrándose siempre en el último trimestre.

desarrollo del proceso.

A las consultas previas y posteriores al parto, se añade una visita a la casa, casi siempre en la semana 36 del embarazo, es decir, poco antes de la fecha prevista para el parto. Esto es lo que ocurre al menos en los casos en los que se dispone de un lugar propio para encontrarse con las parejas, por lo que significa que las visitas anteriores no se han dado en el espacio domiciliario. En esta visita prenatal final habitualmente se aprovecha para revisar materiales necesarios, conocer a otras personas que estarán en el parto y, a veces, dejar parte de las herramientas que se utilizarán ya en la casa⁵⁰.

Por último, hay quien añade una visita semanal en el último mes, y hasta varias visitas semanales si se llega hasta la semana 42, la cual corresponde al límite establecido para proporcionar asistencia en casa.

El conocimiento previo, aunque según distintas gradaciones, se considera por tanto siempre un elemento imprescindible del trabajo, sin el que no se aceptaría asistir un parto. Su importancia emerge a menudo de las conversaciones con las matronas. Emilia, por ejemplo, sostiene que ya ha trabajado más de 10 años en hospitales para asistir *sólo* partos, varios en un mismo turno laboral, y que ahora lo que le interesa es precisamente otro tipo de relación, capaz de estar a la altura de la complejidad y de la procesualidad, y de (re)insertar el parto no solamente dentro del proceso más amplio de epp, sino dentro de la vida personal, familiar y social. Una visión de este tipo implica, evidentemente, unos tiempos bastante largos y hace inevitable un planteamiento de continuidad:

Para mi no tiene sentido asistir sólo un parto. De hecho es el momento en el que se requiere nuestra presencia y la mujer requiere nuestra presencia, pero en el que menos [...] importancia tenemos [Emilia, 36 años].

Para Ernesto se trata, en efecto, de su propio código deontológico, unas reglas no escritas, aunque se corresponden, de manera general, a las recomendaciones para el parto en casa, y al tipo de seguimiento que se suele ofrecer⁵¹:

No, es que no quiero consulta, yo solo quiero que me acompañes en casa. Es que yo no te acompaño en casa si no te hago el proceso anterior. O sea si hay alguien que te acompaña así genial, pero yo no. O sea que ahí también está mi libertad de [...], mi manera de entender el acompañamiento, ¿no? [Ernesto, 36 años].

No obstante, también se da siempre una valoración individualizada de cada caso. Así, por ejemplo, el número y la duración de los encuentros puede variar en base a las exigencias. Se suele reducir en caso de una distancia mayor, aumentando empero la duración, o en caso de segundos o terceros

⁵⁰ Dejar material técnico en los domicilios no es sin embargo lo más común, siendo una práctica habitual solamente en dos de los equipos de matronas contactados.

⁵¹ *Guía de Asistencia al Parto en Casa* (2010).

embarazos, si también los otros han sido seguidos por la misma matrona o el mismo grupo. Pueden aumentar si así los requieren las personas atendidas o si, por alguna razón, lo estiman necesario las comadronas. Igualmente, en casos excepcionales, se puede aceptar mujeres que llegan ya en la recta final del embarazo. Más de una ha admitido haberlo hecho, explicando también las razones y atribuyendo cierta importancia a las sensaciones que le inspiraba una mujer particular. Por ello, dentro de un mismo grupo, puede haber matronas dispuestas a dar asistencia, y otras que no lo están, en base a elementos tan variables como las motivaciones de la mujer, el momento vital y los límites personales de cada matrona y una valoración no solamente biomédica sino también “intuitiva” del caso (*cf. infra*, epígrafe 3.8).

La continuidad representa también la condición de posibilidad de una elevada adaptación a situaciones y necesidades particulares, favorecida precisamente por el tiempo dedicado al conocimiento recíproco. Así, la disponibilidad telefónica es otra herramienta en el proceso de asistencia, de la que se sirven ampliamente las parejas, a veces hasta mucho después del nacimiento. Las comadronas llegan a ser para algunas, y especialmente en los casos de un contacto más largo o de experiencias particularmente intensas, profesionales de confianza a las que dirigirse durante los años de crianza o en momentos vitales críticos, como separaciones de pareja o enfermedades⁵².

Se dan, sin embargo, diferentes niveles de continuidad y personalización de la asistencia, íntimamente conectados con la estructuración del seguimiento. En particular, en los casos en los que se dan menos consultas, no se ofrecen sesiones de preparación previa y el número de matronas que trabajan en un mismo equipo es más elevado, las oportunidades de profundizar en la relación y en el conocimiento mutuo quedan, evidentemente, bastante reducidas. Esto es también reflejo, como se verá, de la existencia de perspectivas diferentes dentro de la asistencia domiciliaria (*cf. infra*, epígrafe 4.1). La figura de la “matrona de referencia”, la que, en los grupos más grandes, se encarga en mayor medida del seguimiento de una mujer concreta, mantiene el contacto telefónico, organiza las visitas de las demás a la casa, y tendencialmente se apunta a un número mayor de “guardias”, pretende responder en parte a la inconveniencia de diluir la relación entre muchas.

En todo caso, la fuerte vinculación creada lleva también a las matronas de los grupos más numerosos a reflexionar sobre la necesidad y la importancia de saber manejarla, para que no afecte excesivamente a su vida personal y para que no produzcan expectativas demasiado altas y difíciles de satisfacer en las madres.

A pesar de las diferencias apreciables, en las que se insistirá posteriormente, resulta, en definitiva,

⁵² En un caso, una de las madres entrevistadas llamó a “su” comadrona para que la aconsejase sobre problemas de salud personales, no relacionados ni con la maternidad ni con otros aspectos de la salud sexual y reproductiva. Una visión más integral de la salud, el contacto poco satisfactorio con varios profesionales y el grado de confianza alcanzado le hacían considerar esta comadrona una óptima asesora, aún cuatro años después de su último parto.

evidente la distancia del modelo hospitalario, caracterizado por una fragmentación de la asistencia entre varios servicios y con personal cambiante, y una estandarización elevada que es hasta cierto punto inevitable, por los tiempos, limitados de manera protocolaria, y por la escasez endémica de matronas.

3.2. Herramientas para el parto: multiplicidad, variabilidad y no dependencia

En relación al tipo de materiales y herramientas utilizadas⁵³ a lo largo del parto, se pueden distinguir tres categorías: las pertenecientes al ámbito biomédico, las que provienen de otros sistemas médicos, y las que no son propiamente médicas. Se emplean, por tanto, desde monitores portátiles que registran la frecuencia cardíaca del feto, a remedios de homeopatía o piscinas de agua caliente, por poner algunos ejemplos. A continuación se presentan algunas de las herramientas mencionadas por las matronas para antes, durante o después del parto.

⁵³ Se entiende aquí por herramientas todo lo que se usa en un parto, herramientas teóricas y prácticas, incluyendo tanto objetos materiales, como técnicas especializadas u otras habilidades.

| | ANTES | DURANTE | DESPUÉS |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BIOMEDICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Para provocar el parto: maniobra de Hamilton. | <ul style="list-style-type: none"> - Monitor fetal portátil. - Guantes, tensiómetro, termómetro, sueros, antibióticos, canalización de vía venosa. - Para comprobar el progreso: exploraciones vaginales. - Para aliviar el dolor: TENS⁵⁴, inyecciones de agua destilada. | <ul style="list-style-type: none"> - Para el corte del cordón: tijeras, pinzas o cordones. - Para medir el bebé: peso, metro. - Para suturas: aguja, hilo estéril, anestesia local. - Para problemas respiratorios: perillas u otros aspiradores nasales, ambú⁵⁵ - Para facilitar la salida de la placenta: manejo activo. - Para hemorragias: oxitocina. - Opcional para el recién nacido: vitamina K, antibióticos (clortetraciclina o eritromicina 0,5% pomada), cristalmina (clorhexidina). |
| OTRAS MEDICINAS | <ul style="list-style-type: none"> - Para provocar el parto: infusión de hojas de frambueso, aceite de ricino, manteo⁵⁶ - Para cambiar la posición del bebé en el útero: moxibustión. | <ul style="list-style-type: none"> - Aceites esenciales para masajes o aromaterapia. - Homeopatía, flores de Bach, fitoterapia, reflexoterapia, biodescodificación, hipn parto⁵⁷ - Silla de parto⁵⁸ | <ul style="list-style-type: none"> - Homeopatía: Arnica 30ch. - Flores de Bach: rescue remedy. - Infusiones antisépticas y calmantes, especialmente de tomillo y cola de caballo (compresas mojadas en la infusión y congeladas). |
| NO MEDICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Para provocar o activar el parto: pasear, reír, estimular pezones, relaciones sexuales⁵⁹, palabras. | <ul style="list-style-type: none"> - Palabras (de aliento, de consuelo, de ánimo, de cariño, etc.), escucha activa, silencio, respiración, visualizaciones, sonidos, frases e indicaciones gestuales o simbólicas. - Movimientos, relajación, masajes, presión manual, contacto visual y táctil, protección manual del periné. - Pelotas de pilates, piscinas (con inflador, manguera y un colador para restos orgánicos flotantes), agua caliente, espejos, linternas, abanicos, cubitos de hielo hechos con zumos, pulverizadores de agua, paños calientes y fríos. - Empapadores, gasas, toallas, palanganas, plásticos para proteger camas, sofás u otras superficies. - Para desbloquear: cambios posturales o de lugar. - Para el dolor: abrir la boca, sacar sonidos⁶⁰ - Para evitar desgarros: jadear con soplidos cortos y repetidos. | <ul style="list-style-type: none"> - Compresas de algodón, zumos, toallas, botellas de plástico para lavados. - Comidas sencillas y energéticas (frutos secos, miel), despensa llena para los primeros días. - Para el bebé: toallas y manta suave, gorro, pañales. |

Fig. 10 Algunas herramientas que es posible se empleen a lo largo de un parto en casa.

Más que de un uso de los mismos aparatos y objetos, el verdadero elemento en común entre las matronas que asisten en casa es la capacidad de integrar elementos muy diversos. Según las tres categorías identificadas, es posible enumerar una gran cantidad de materiales que posiblemente estén en el espacio de la casa el día (o los días) del parto. Algunos, como el “soni”⁶¹ tijeras, pinzas, hilo y aguja son de uso habitual o, en todo caso, presentes en cualquiera de los equipos profesionales contactados. Otros son también comunes pero usados sólo en caso de emergencia, básicamente para hacer frente a hemorragias posparto o problemas respiratorios al nacer. Los demás en cambio, son empleados según circunstancias y según comadronas.

La lista propuesta no agota todas las posibilidades, pero es bastante representativa de la gran variabilidad de materiales que pueden utilizarse en un parto. Las comadronas que asisten en casa no van con las manos vacías ni niegan la validez de herramientas materiales y también de técnicas biomédicas. Sin embargo, las técnicas no propiamente médicas son las más recurrentes en los relatos de parto de las mujeres, las que se describen y se agradecen en los encuentros posparto, y a las que se atribuye enorme importancia. Las palabras de aliento, de consuelo, de ánimo, de cariño, la capacidad de identificar algún miedo y de hablar de ello, o la presencia silenciosa, el apoyo a través de la respiración conjunta, de visualizaciones y relajaciones guiadas, del contacto con las manos o de masajes resultan de gran importancia para las madres. Y son también cruciales para las comadronas, en la medida en que se corresponden a las herramientas que usan con mayor

⁵⁴ Los TENS son unos aparatos de estimulación electrónica transcutánea, utilizados, sobre todo en países anglosajones, como analgésicos en el parto.

⁵⁵ Existe controversia sobre la utilidad del ambú, un aparato que sirve para oxigenar en casos de bloqueos de la respiración, pero que algunas comadronas consideran poco recomendable, prefiriendo la respiración boca a boca y el uso de peritas para aspirar eventuales restos de meconio.

⁵⁶ Se trata de una técnica común en varios países de América Latina, que algunas comadronas han aprendido directamente de parteras mexicanas. Consiste en movimientos muy enérgicos producidos con un chal o una manta, colocada en distintas zonas del cuerpo. En Andalucía hemos detectado un uso limitado para favorecer el inicio del parto en casos de retraso o bloqueos, de dificultad de encaje de la cabeza y, muy puntualmente, para la “cerrada” final en el posparto.

⁵⁷ Las dos últimas mencionadas no son propiamente externas al conocimiento biomédico: la biodescodificación se basa en la curación mediante la liberación de emociones inconscientes, a partir del supuesto de una conexión entre sistema neuronal y emociones; el hipn parto utiliza técnicas de relajación e hipnosis para reducir el miedo y el dolor en el parto.

⁵⁸ La silla de parto es una silla baja y hueca en el centro, que se utilizaba en las casas con anterioridad a la afirmación hospitalaria y a la difusión de la posición litotómica. Su uso sigue en algunas zonas rurales del Estado español hasta finales del siglo XX (Foster 1980b), y ha sido descrito en otros contextos socio-culturales. Ginsburg y Rapp (1995) utilizan este artefacto como ejemplo de las intersecciones entre prácticas locales y movimientos transnacionales, ya que su empleo fue condenado en las colonias árabes británicas del siglo XVIII, para volver a estar de moda en hospitales occidentales “friendly” un siglo después.

⁵⁹ Los efectos hormonales producidos por la risa y el placer, en particular la segregación de endorfinas y oxitocina, se consideran óptimos estimulantes para las contracciones uterinas.

⁶⁰ En particular pronunciar una “a” prolongada y honda. Esta técnica se basa en la idea de una conexión boca-vagina, por lo que el abrirse de una ayudaría la apertura de la otra.

⁶¹ Es como se denomina el monitor fetal Doppler, a partir de su marca más conocida (Sonicaid). Es un transductor de ultrasonidos de mano, que permite detectar los latidos del feto, aún en posición acostada de la madre o dentro del agua. Por su versatilidad lo utilizan también matronas capaces de manejar la más antigua y más discreta “trompeta” o estetoscopio de Pinard.

frecuencia. Sus manos, su voz, la respiración y una gran dosis de paciencia parecen ser los principales ingredientes de una asistencia domiciliaria. Se señala, a este propósito, la importancia histórica de las manos como herramientas de trabajo de las comadronas, y la reivindicación de su uso como elemento distintivo y de defensa en contra del progresivo ascenso de cirujanos (*cf.* cap. 2). Adrienne Rich (1996 [1978]) lo describía, de hecho, como un enfrentamiento entre “manos de carne” y “manos de hierro”. Las comadronas andaluzas utilizan las manos tanto para técnicas obstétricas como la maniobra de Hamilton⁶² o los tactos vaginales⁶³, como para dar masajes, agarrar con fuerza las caderas en las contracciones, proteger el periné en la fase final del parto, presionar el hueso sacro, facilitar la salida de la placenta, o simplemente dar apoyo a través del tacto y de las caricias. Pero, como se ha subrayado, no utilizan solamente las manos. Se podría sostener, más bien, que su forma de trabajo es *con* el cuerpo entero, desde las manos, la mirada, la voz, la respiración, a un “saber estar” en el espacio de la casa (*cf.* siguiente epígrafe). Si se defiende, a nivel discursivo, un *no hacer* es más para tomar las debidas distancias de una actividad excesiva y frenética, o de un intervencionismo protocolario. Sin embargo, más que de no actuar podría hablarse de una manera de hacer cuidadosa, emotiva y afectiva, en la que “elementos efímeros” toman un protagonismo evidente, mientras que aspectos técnicos y habilidades profesionales se quedan en un segundo plano. El ser “matronas de andar por casa”⁶⁴, como sostienen algunas, no implica carecer de medios, sino reivindicar la tremenda importancia, culturalmente denegada, de aspectos sutiles y a veces prosaicos. El tono con el que se usa esta expresión no es despectivo, sino irónico y al mismo tiempo asertivo. Así, indicaciones muy poco elegantes como simular el hacer caca, o muy sencillas, como apoyar un dedo en un punto de la vagina para indicar hacia donde empujar, pueden resultar de extrema utilidad para algunas mujeres.

Recapitulando, más allá de herramientas particulares, algunas de las cuales coinciden, la diferencia sustancial con el modelo hospitalario estriba en la *manera* de usar materiales y técnicas, y en el *valor* que se les atribuye. Muchos de los utensilios o de las técnicas mencionadas están presentes en los detallados relatos de parto de las madres pero, en primer lugar, ocupan una parte mínima de la narración y, en segundo lugar, varían considerablemente de un parto a otro. La asistencia en casa, en

⁶² Consiste en una separación manual de las membranas de la bolsa amniótica de la base del útero, para inducir el parto. Es una técnica que se utiliza en el caso de haber sobrepasado las fechas “seguras” para el parto, como uno de los últimos recursos antes de pasar a un tratamiento farmacológico hospitalario.

⁶³ Se suelen emplear para conocer el avance de la dilatación, pero en número limitado y pidiendo permiso a las parturientas o incluso respondiendo a sus deseos. Las más experimentadas pueden también prescindir de su uso, porque reconocen otras señales que delatan el progreso del parto: expresiones de la cara, sonidos, palabras utilizadas para describir sensaciones.

⁶⁴ *Matronas de andar por casa* era también el título de un libro, dedicado a Consuelo Ruiz, y que finalmente no llegó a ser escrito, quedándose en fase de proyecto (las autoras son Maite Gómez y Montserrat Juan).

definitiva, no es protocolaria, no sustituye conocimientos y prácticas biomédicas por otros, sino que utiliza todo lo que puede funcionar, sin importar de donde venga, hace un uso progresivo de las diversas herramientas, adapta los medios a cada caso, teniendo también en cuenta lo que las personas ya conocen y usan⁶⁵. Aunque la cantidad de materiales obstétricos que se lleva puede variar mucho, desde quien lo reparte en tres maletines a quien lleva lo esencial en un bolso, lo que finalmente se usa es muy parecido. En cuanto a las herramientas provenientes de otros sistemas médicos, su conocimiento cambia bastante de una comadrona a otra, pero combinar e integrar elementos muy diversos por lo general no se considera contradictorio, aunque quien lo emplee pueda ser otra persona:

Y entiendo que bueno, me puede funcionar una infusión, me puede funcionar la homeopatía, me puede funcionar un masaje, me puede funcionar [...], y si funciona, ¿por qué no lo voy a utilizar? [Carla, 50 años].

Al uso combinado de numerosas herramientas se acompaña una valoración limitada de su necesidad. Simplificando, todo puede servir, pero casi nada sirve siempre. Si el objetivo es no crear dependencias de un sistema experto, de aparatos o de fármacos, éste es aplicable igualmente a las otras medicinas. En palabras de Patricia:

Por ejemplo dentro de los homeópatas es muy normal que a todas las mujeres les digan: bueno, pues cuando llegue a las 38 semanas te empiezas a tomar tal, tal, tal. Entonces para mi esto es una visión de lo mismo pero dentro de la medicina natural: sea, si necesitamos de la homeopatía las mujeres para parir, todas y siempre, es que no podemos parir solas [Patricia, 43 años].

De la misma manera, lo que no es médico, como una piscina o un espejo⁶⁶, puede valer o no según el caso, como si se tratase de llaves diferentes para abrir cerraduras diferentes.

3.3. Saber estar

Junto a un hacer mínimo y sutil, lo que se valora del acompañamiento profesional en casa es la manera de estar, la presencia discreta, la capacidad mimética, de no hacerse notar, de quedarse en la sombra, vigilando todo el proceso pero en modos casi imperceptibles. La sensación de tranquilidad, el “halo de paz”, en palabras de un padre, se asocia, en efecto, a la presencia de la matrona más que

⁶⁵ Por ejemplo, técnicas de meditación, acupuntura, el canto o el uso de otras prácticas terapéuticas pueden constituir una iniciativa de las parejas, que las matronas respetan pero a veces no manejan.

⁶⁶ En concreto, el espejo, sostenido para que la madre pueda ver aparecer la cabeza por la apertura vaginal, puede resultar muy útil para animar y dar fuerza en la recta final del parto, o al contrario considerarse superfluo, siendo más que suficientes las intensas sensaciones experimentadas. Asimismo la piscina o bañera puede utilizarse en distintas fases, y con distintos motivos, llenarse sin finalmente entrar en ella o ser empleada durante un tiempo prolongado y hasta el nacimiento del bebé.

a su actuar. Las mujeres requieren la presencia profesional, a veces a partir de un estadio muy avanzado del parto, básicamente para estar seguras de que todo va bien, y poder así concentrarse en sus sensaciones y en el proceso mismo de dar a luz. Una de las funciones de las comadronas, que comparten con las otras personas presentes, es hacer que las parturientas se concedan un abandono total, que se centren en sus cuerpos, en sensaciones y emociones, sin tener que estar pendientes de nada más. Son las otras personas que se preocupan de calentar agua, preparar la comida, limpiar, ocuparse eventualmente de otros/as hijos/as, o de la relación con familiares y entorno más amplio, y de responder a necesidades y deseos a veces no expresados verbalmente. Se requiere, por tanto, una sensibilidad y un grado elevado de empatía, un *saber estar* que es, en último término, también lo que se pide a parejas y posibles acompañantes. Las comadronas insisten, antes del parto, y especialmente con los padres, en que muy probablemente no deberán hacer otra cosa que estar presentes, comprensivos, atentos e intentando no impacientarse, exasperarse o agobiarse por eventuales tiempos largos o bloqueos.

La principal diferencia entre comadronas y otras personas presentes en un parto, por tanto, no tiene que ver tanto con la manera de estar, sino con sus conocimientos y su experiencia como profesionales. La simple llegada de la comadrona se presenta en los relatos como un alivio, como un vía libre a “dejarse ir”, tiene efectos calmantes, reconfortantes, alentadores. En algunos casos, incluso, en partos particularmente rápidos, es como si la madre no esperase otra cosa que su llegada para dejar salir al bebé.

En este sentido, es cierto que la presencia más que el hacer resulta de extraordinaria importancia, y a veces fundamental para los padres, más que para las madres. Ester, por ejemplo, recuerda su parto como un proceso íntimo y muy solitario, en el que casi no se percató de la presencia de las comadronas, mientras que su compañero incide en la tranquilidad que le proporcionaba el acompañamiento de dos profesionales. De manera parecida, Paula se sentía tan segura que pensaba dar a luz sin asistencia profesional, y fue su pareja la que la convenció para acudir a una comadrona. Para ella la atención recibida fue un regalo más que una necesidad⁶⁷:

Yo lo acepté de buen grado, ¿eh? fue como bueno, si conseguimos el dinero pa pagar a las matronas, pa mi va a ser un regalo. Porque tener a una matrona siempre es un gustazo, ¿no? también. Es que una persona que te cuida un montón, que está super atenta, que sabe tanto, ¿no? [Paula, 32 años].

El *saber estar* de las comadronas se traduce en saber conjugar familiaridad con profesionalidad, cariño con atención constante, discreción con disponibilidad. Es precisamente esta manera de

⁶⁷ La situación de Paula, no obstante, es ciertamente poco común, por haber parido a su primer hijo acompañada por una partera, en un país de Centroamérica, por tener un conocimiento teórico y también práctico no tan frecuente, haber estado en otros partos en casa y haber también acompañado a mujeres que no querían a una profesional, sino a una amiga que las apoyara en el momento de dar a luz.

ocupar el espacio, de relacionarse, de participar afectivamente la que determina el variar de la atención, y el grado de actividad de las comadronas. Su presencia, así, puede ser mínima y distante, dejando espacio a la mujer o a la pareja, o muy cercana y más activa, según exigencias y momentos. Reconocer las distintas demandas de cada persona y de cada familia es por lo tanto parte fundamental del trabajo, y determinante para la satisfacción de madres y padres. Así lo expresan, entre otros, Alberto y Ester:

Vamos, yo no me esperaba [...], aun conociéndolas y sabiendo lo maravillosas que eran, yo no me esperaba que ellas luego iban a ser tan [...], tan auténticas y [...] iban a estar como estuvieron. Porque es que fue [...], es que han sabido en qué momento participar y en qué momento no. ¡Puff! [Alberto, alrededor de 40 años]

Pero estaban como dejándonos el espacio a nosotros. ¿Sabes? Estaban, pero sin [...], sin llegar a estar [Ester, 34 años]

En las palabras de las comadronas, su trabajo el día del parto consiste en “estar”, “estar disponible”, “estar en tercer plano”, “estar allí”, “estar con”. Algunas de las más jóvenes admiten que pueden llegar a sentirse impotentes frente al dolor experimentado por muchas mujeres al dar a luz, ya que no están en condiciones de hacer nada para evitarlo. En casa, en efecto, el *saber estar* lo es todo también por la imposibilidad de soluciones técnicas más rápidas y efectivas, como por ejemplo una anestesia epidural.

Así es como Emilia describe su manera de asistir un parto:

Y acompañamiento, y bueno, *mi presencia*, lo más presente posible, para que ella recupere la confianza, y coja la confianza, y vale, tengo dolor, pero vamos palante. Sí, no [...], tampoco creo en utilizar ninguna otra técnica para aliviar el dolor, digamos que es una situación, además puntual, que desaparece, y que creo que toda mujer está preparada para transitar. Esto lo creo profundamente, cada una de mis células. Entonces en este momento si soy capaz de *estar presente* creo que se transmite esta confianza, ¿no? [Emilia, 36 años].

Las palabras de Carla pueden ayudar a definir un poco más esta presencia de las que todas hablan, a través de una delimitación de lo que no es:

Ni llevándola de la [mano], ni siendo su madre, ni siendo su directriz ni nada, sino estar con ella, que creo que es lo que mejor podría definir a [...], a mi profesión [Carla, 50 años].

Estas maneras de estar no directivas ni atemorizadas, sino atentas, disponibles pero tranquilas, no deberían depender del espacio en el que tenga lugar el parto, y de hecho algunas madres han encontrado un apoyo muy parecido en hospitales. Sin embargo, además de la pluralidad de espacios y de profesionales, cuestiones como los cambios de turnos y la posibilidad que una matrona tenga que estar pendiente de varios partos a la vez dificultan un acompañamiento de este tipo, continuado

pero discreto, este “estar allí” y “estar a lado” que emerge de las palabras de quien ha vivido o asistido partos en casa.

3.4. Autonomía y versatilidad

En el espacio de la casa evidentemente la autonomía profesional de la matrona, legalmente defendida, alcanza su expresión plena. Es en cierto modo inevitable, ya que no suelen estar presentes otras figuras sanitarias, y conlleva un nivel de responsabilidad elevado, no comparable con el que se asume en un hospital. La responsabilidad no es compartida con otros profesionales, no existe la posibilidad de delegar decisiones en otros especialistas, no hay un quirófano en la habitación de al lado.

Defender unas “competencias profesionales” específicas es inseparable de asumir las responsabilidades que llevan consigo, aunque muchas de las profesionales entrevistadas sostienen que no todas las matronas se sienten capacitadas para ello, o no actúan como si lo estuviesen. Ana llega a afirmar que las principales causantes de la falta del reconocimiento social del trabajo de las matronas son las propias matronas, a menudo proclives a delegar sus responsabilidades en otras personas:

Somos las responsables del embarazo y del parto normal [como si estuviese recitando un eslogan], pero luego llegas al centro de salud y la derivas cada vez que pillas [...], o te quitas visitas, o llegas al hospital y no eres capaz de ver y de dar alta tu misma. Y de no [...], no necesitar otro profesional a lado, o debajo o encima, que te esté apoyando [Ana, 42 años].

No deja de ser significativo que, en contexto hospitalario, matronas inicialmente señaladas por trabajar de una manera distinta a la más común, se hayan ganado el respeto de ginecólogos/as y auxiliares, precisamente por “no molestar”, es decir por trabajar de manera autónoma y llamar solamente en caso de necesidad. Carmen ha pasado de “salir llorando” del hospital donde trabaja, a ser adorada por todo el mundo, y explica este cambio de actitud hacia ella precisamente en los términos de aligerar el trabajo de las demás:

Porque la asistencia de mis partos es mucho menos estresante, para la mujer y fundamentalmente para ellas. Porque es estar tranquila, ofrecer un ambiente relajado, sin tanto intervenir, sin tanto explorar, sin tanto ahora pongo, ahora quito. Las molesto menos, evidentemente.

E. ¿A las ginecólogas?

A las auxiliares, a la ginecóloga. Los molesto mucho menos, evidentemente. Ellas saben que conmigo, cuando yo llamo, me dicen ellos, ¿no? Mira, Carmen, tú no llamas nunca, cuando llamas eres la única que me levanto y salgo corriendo [Carmen, 42 años].

Pero, si en un hospital se puede o no actuar de manera autónoma, y existe siempre la posibilidad de hacer referencia a otras figuras, que ocupan lugares más elevados o más bajos en la jerarquía de conocimientos y funciones que caracteriza este espacio, en casa esta posibilidad sencillamente no se da. Las comadronas suelen ir de dos en dos para apoyarse, alternarse y también confrontar opiniones, pero no pueden delegar en nadie más, y son perfectamente conscientes de ello:

Es que cuando tu sales del hospital no tienes a nadie que [...], esto se nota mucho en la responsabilidad en un parto, porque dices: estoy yo y la mujer, y no hay nadie más. No hay un ginecólogo que en un momento dado digas: eh, asómate por aquí, pásate, y haces así, y es el ginecólogo que tiene la responsabilidad ya. Aquí estás tú, únicamente [Francisca, 53 años].

Es uno de los puntos débiles de la asistencia en casa, en el sentido de que puede resultar desmotivador para algunas no contar con el apoyo reconfortante de otras figuras especializadas, pero también uno de sus puntos fuertes, porque el actuar autónomo y, junto con ello, la ausencia de conflictos con otras profesionales, deviene una condición ineluctable.

Saber reaccionar con rapidez y acierto en caso de emergencia, y ser capaces de hacer frente a complicaciones es por tanto fundamental. Sin embargo, la autonomía de la casa no representa solamente una carga en términos de responsabilidad, sino que implica también amplias posibilidades de maniobras. Fuera del encorsetamiento de protocolos, jerarquías y horarios de trabajo, se amplía considerablemente el espacio de actuación. En estas posibilidades de movimiento aumentadas, las comadronas actúan de diferentes maneras, según su personalidad y según los medios que tienen a su disposición. El elemento común, una vez más, no es lo que hacen sino la enorme versatilidad que demuestran, adaptándose a contextos, situaciones y personas muy diversas. Así, por ejemplo, se incorporan a hermanos/as en el nacimiento, incluyéndolos de varias formas, o atendiendo a sus necesidades, se reparten tareas con las otras personas presentes, de manera que todo el mundo se sienta cómodo y sepa qué hacer, se dirige atención y apoyo al padre cuando lo necesita, se habla o se permanece en silencio, se utiliza una u otra de las múltiples herramientas ya mencionadas.

Adaptarse significa también, en última instancia, respetar la autonomía de la otra (y de los otros). El trabajo de la comadrona prevé, en efecto, el respeto de voluntades, necesidades, deseos, y también miedos, dudas, desánimos. La autonomía/responsabilidad de la profesional que asiste no podría existir sin la autonomía/responsabilidad de la mujer que ha pedido el acompañamiento, porque es en su reconocimiento que se basa un contrato no escrito de respeto mutuo. Es precisamente en el diálogo y en la confianza recíproca, construida a lo largo del embarazo, sentida pero no innata, que se edifican las posibilidades de un actuar autónomo, responsable y, siempre, negociado.

3.5. Confiar u *otra* seguridad

Confianza es una palabra clave, que atraviesa conversaciones, entrevistas y relatos de parto, recurrente en los grupos de preparación al parto y que se sigue repitiendo como un mantra en el posparto.

Para las comadronas el parto en casa es, más que nada, “una cuestión de confianza”. Confiar en una misma, confiar en el proceso, en el cuerpo, en el bebé, confiar en quien está acompañando, y esperar que quien acompañe también se muestre seguro y confiado. En el momento del parto, la capacidad de “entrega”, de “dejarse ir”, de “atravesar el dolor” o de “desconectar” de pensamientos racionales se suele relacionar con la confianza en todos los elementos que participan en un parto. Esta confianza, sin embargo, no es automática, ni tampoco innata, sino que se va construyendo.

Por un lado, el conocimiento previo entre profesionales y parejas sirve para generar una relación de confianza que se considera fundamental para un buen desarrollo de todo el proceso. La consideración y el respeto mutuo, ganados en los encuentros en el embarazo, permiten, como mínimo, que las parejas crean en el saber hacer profesional y las matronas en la convicción materna y paterna de tener el parto en casa. A ello se añade a menudo el establecimiento de una relación afectiva. En ocasiones, además, se habla de auténticos “flechazos”, allí donde se crea una conexión muy especial entre comadrona y personas asistidas. Se reconoce, por tanto, la importancia de elementos que más que con el ámbito profesional propiamente dicho o habitualmente considerado tienen que ver con la consolidación de vínculos personales.

Por otro lado, confiar se traduce en la convicción profunda de poder y saber parir. En algunos casos esta convicción es fruto de un proceso más largo, iniciado mucho antes del embarazo, y que suele estar relacionado con una visión de la salud específica. En otros, va tomando forma gracias al trabajo con las comadronas, a las informaciones recibidas, a la búsqueda de respuestas a preocupaciones determinadas o, a veces, por medio de la simple labor de identificación de dudas y miedos. Se trata, en definitiva, de un recordatorio constante de la capacidad humana para parir. Así, el sostén profesional en el parto se explica también como un apoyo para transitar por las dificultades que se presenten en cada caso, si se está preparada para hacerlo, y se quiere hacerlo, como un espacio-tiempo no medido en horas y dedicado a superar resistencias personales:

De hecho esto sería un tema de mucho hablar, pero un parto que no ha evolucionado, entre comillas, en 4 horas, normalmente o en muchas ocasiones se puede dar porque la mujer está transitando por algo que tiene que ver con una resistencia suya, y que hasta que no termina de aflojar no sigue avanzando.

Y si ella quiere transitar por ahí, yo doy el espacio pa que lo transite, si ella se quiere ir al hospital yo la acompaño al hospital [Ernesto, 36 años].

La confianza se configura en los discursos como algo activo, y que interviene en distintos niveles: consciente, inconsciente, corporal. Se habla de confianza no como un estado, definitivo y fijo, sino como algo que está siempre en construcción, que no se conquista una vez y para siempre, que no se posee sino que se hace, enfrentándose cada vez a nuevos escollos. Confiar, por tanto, no es sinónimo de una credulidad ingenua, ni de la pretensión que el parto sea un camino de rosas, exento de todo esfuerzo o problema. Al contrario, se va confiando gracias a las informaciones recibidas, a la identificación de dudas, miedos y preocupaciones, a la relación personal establecida con las comadronas y al apoyo recibido en el proceso. Confiar implica también, en último término, asumir que no todo es previsible ni controlable, y que por ende una seguridad absoluta no existe, en ningún lugar. A partir de esta asunción, se prioriza, en el momento del parto, las *sensaciones* de seguridad por encima de una seguridad depositada en maquinarias y personal experto.

Poner el acento en la centralidad del confiar permite visibilizar un aspecto clave en el parto en casa: una seguridad interior, corporal, no trascendente, no ulterior sino encarnada. El trabajo de construcción de la confianza parte siempre de capacidades internas más que de fuentes externas, de razonamientos, intuiciones, experiencias previas más que de mediciones y controles diagnósticos. Pruebas y aparatos no se descartan, simplemente pierden protagonismo, no son lo que va definiendo la seguridad de un parto, sino medios útiles en determinados casos. Se pasa, así, de una desconfianza generalizada en el parto a un aprender a confiar en la capacidad de cada mujer para parir; de una atención preponderante a los aspectos biológicos-fisiológicos a una centralidad absoluta de emociones y sensaciones; de una seguridad casi exclusivamente *externa* a una seguridad fundamentalmente *interna*. La consecuencia última de esta seguridad depositada en una misma, en lo que se siente, se prueba, se percibe, deriva en la aceptación, sólo aparentemente contradictoria, del hospital como el lugar mejor para algunas.

Si lo más importante es sentirse segura, tranquila y confiada para que el proceso del parto avance, y si lo que ayuda a sentirse segura puede variar enormemente de una persona a otra, entonces el espacio del hospital puede resultar el más adecuado en algunos casos. He aquí otra característica fundamental del modelo domiciliario, que lo distingue del hospitalario: la aceptación explícita de otras posibilidades y, en definitiva, la no idealización de sí mismo, en un intento continuo y no siempre fácil, ni siempre conseguido, de rechazar todo dogmatismo, y de evitar pensamientos dicotómicos excluyentes.

3.6. Más allá (o más acá) de un empleo

No solamente el desconocimiento general y el estigma que rodea el parto en casa hace que sea una práctica muy minoritaria, sino que el propio coste de la asistencia también reduce las posibilidades de acceder a ella. En el fondo, en el caso analizado, no se trata de privatizar un servicio público, sino más bien de ofrecer algo que la sanidad pública se niega rotundamente a sostener. Pero esto no impide que el pago pueda crear dificultades en algunas familias, y constituir un elemento disuasorio a la hora de decidirse sobre el lugar para dar a luz.

El coste de la asistencia es también motivo de polémica entre matronas, y hay quien, como Marta, ha tenido que afrontar críticas y reproches de sus propias compañeras:

Bueno, hace poco tuvimos ahí a un par de ellas que nos tienen crucificadas, porque somos unas no sé qué unas no sé cuanto, y encima le cobramos a las mujeres, y es un dineral, y no sé cuanto y no sé qué. Y yo decía: pero bueno, encima tú vas a un ginecólogo, ¿y tú no le pagas? Pues lo mismo, si vienes a una matrona de pago, le tienes que pagar, perdona que te diga [Marta, 44 años].

Se presenta aquí un nudo muy problemático de la asistencia domiciliaria, ya identificado en los materiales más antiguos (*cf.* cap. 2). Por un lado, se trata de un trabajo históricamente llevado a cabo por mujeres y ampliamente devaluado. Por otro, la cantidad de dinero que se pide a una familia parece contradecir la opinión compartida que toda mujer debería poder parir donde se siente más cómoda, más a gusto, y por ende más segura. ¿Qué pasa entonces si no puede permitírsele?

El valor de la asistencia ofertada no se pone en duda. Quien conoce lo que implica este trabajo, quien ha decidido parir en casa y ha contratado los servicios de alguna comadrona sostiene a menudo que lo que ha recibido “no tiene precio”. Que lo que se hace en el seguimiento del epp propio del modelo domiciliario no tenga precio, o sea tenga un valor incalculable en términos monetarios, es además una observación común entre las propias matronas. Muchas de ellas, como ya se ha comentado, no se dedican a esto por dinero ni ven en el parto en casa la posibilidad de un proyecto laboral viable. De hecho no lo valoran tanto en términos monetarios, sino más bien como forma de trabajo más enriquecedora, que permite la confrontación continua con las compañeras, incita a seguir formándose, satisface a las mujeres que la demandan, e incluso puede resultar mucho más llevadera que estar en un hospital, donde conviven visiones obstétricas muy distintas y la presencia de patologías implica otro tipo de labores para las matronas. Sin embargo, consideran también necesario ponerle un precio, precisamente por el esfuerzo, el tiempo y la dedicación que implica.

La variabilidad de los precios (*cf. supra*, inicio capítulo) depende también de la dedicación al parto en casa como una actividad laboral suplementaria o como principal fuente de ingresos. De hecho, en los grupos de matronas más numerosos y con precios más reducidos, el cobro de una suma de dinero se suele considerar más bien como una cuestión simbólica, ya que todas trabajan en la sanidad pública para sustentarse económicamente. En palabras de Lucía:

Yo opino que esto es regalado, que es regalado en realidad, porque el trabajo que hacemos es que nosotras no lo hacemos por dinero. [...]

Obviamente tenemos que cobrar, porque todo lo que no se cobra es como si en la sociedad que vivimos no sirviera, pero [...], pero para mi el que se cobra es como algo anecdótico [Lucía, 36 años].

Si el valor de un trabajo se mide en base a su remuneración, entonces resulta dramáticamente evidente que muchas de las “tareas vitales”, desde cultivar un huerto a preparar comida, o limpiar una casa, o cuidar de menores o personas con diferentes grados de dependencia, no son valoradas. Desde este punto de vista, asistir en casa gratuitamente significaría negar su valor como trabajo. En un ámbito en el que, además, circulan cantidades elevadas de dinero, entre consultas ginecológicas privadas, ecografías 3D y 4D, operaciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas no previstas dentro de los servicios sanitarios públicos, y una infinidad de aparatos y objetos para la primera infancia, no pedir retribución o hacer rebajas equivaldría a admitir, en cierto modo, un valor inferior a otros servicios sanitarios o gastos que se dan durante el periodo de epp.

La asistencia en casa se plantea así a menudo como una cuestión de prioridades. Padres y madres renuncian a otras cosas para poder tener a sus hijos/as en casa, o piden como regalo a sus familiares un apoyo económico, o prefieren invertir sus ahorros en esto, organizan fiestas, obras de teatro u otros eventos para costear parte del gasto. Aunque varias de las parejas conocidas a lo largo de la investigación tenían suficientes recursos para pagar la asistencia, y sus reflexiones sobre el coste iban más en el sentido de la necesidad de un reconocimiento social y una cobertura pública, en más de un caso el pago ha representado una dificultad importante. Así, si atribuir prioridad al parir en casa ha llevado a encontrar soluciones creativas, ha también podido suponer una presión y un motivo de conflicto e incompreensión en las parejas.

Que si se quiere se consigue el dinero necesario se repite en las palabras de profesionales y personas asistidas. Probablemente cierto, esto no significa que no pueda constituir una carga añadida en situaciones en las que se tiene apenas el dinero suficiente para pagar el alquiler, o que contribuya a incrementar una separación de tareas durante el embarazo, por las que el futuro padre se ve obligado a ausentarse en búsqueda de fuentes de ingresos, precisamente en un momento en que se requiere su presencia, más aún en un un modelo que pretende involucrarlo en todo el proceso de epp. Se trata de contradicciones inherentes a un contexto social y político-económico, más que a un

modelo de asistencia. Precariedad extendida, jornadas laborales cada vez más largas, reducción de los salarios, recortes en el gasto social, prolongación de la edad de jubilación, primacía de los criterios de rentabilidad en la gestión de lo “público”, constituyen medidas consustanciales al modelo económico actual.

La asistencia domiciliaria condensa una serie de contradicciones que son propias de una época y de un contexto específicos. ¿Cómo valorar el trabajo realizado y al mismo tiempo garantizar el derecho a la asistencia fuera del espacio de la sanidad pública? ¿Cómo establecer un precio para algo que no tiene precio? ¿Cómo conciliar, finalmente, una “tarea vital” con las reglas del mercado?

El trabajo de las comadronas forma parte de aquel trabajo “reproductivo” históricamente devaluado, pero dentro de un sistema de formación reglada que es vinculante para poder atender partos, y que implica un gasto de tiempo y de dinero. Pretende defender la autonomía de las mujeres en sus procesos de epp, pero al mismo tiempo no puede hacerlo sin previo pago, y dentro de un escenario laboral específico que implica cuotas de autónomo, seguros, alquiler o compra de locales. Reconoce la importancia trascendental del parto y de un nacimiento en la vida de mujeres y familias, pero hace también de ello una fuente de ganancia.

En los discursos analizados, de ninguna manera se pone en tela de juicio la necesidad de la retribución, como sí puede ocurrir en otros contextos, en los que la labor de las parteras “tradicionales” se vinculaba con un don sagrado⁶⁸. Pero la cantidad de esta retribución puede sin duda representar un problema para algunas familias. El precio se considera, así, muy alto comparado con la gratuidad de la asistencia hospitalaria o con los ingresos mensuales de muchas personas. Y es también muy común reputar excesivo el coste antes de conocer en qué consiste la labor de acompañamiento de las comadronas. Se suele, sin embargo, respetar la valoración que cada una hace de su trabajo y, a menudo, también reconsiderar el tema después del parto:

Pues mira, de primeras yo lo veía caro. Cuando nos dicen el precio y tal, lo veía caro. Tuvimos la suerte que todavía se pagaba el cheque bebé este, y lo pudimos pagar con esto. Pero después del parto, yo se lo dije a Patricia [la comadrona], digo: mira Patricia, es que estoy tan agradecida, con vuestra labor, tan agradecida, que hubiera pagado tres veces más. Es que es así ¿eh? de verdad. Antes, claro, hasta que no sabes realmente lo que es, y lo vives, es que yo [...], es que esto está impagado, esto no está pagado. De verdad ¿eh? la presencia [...], por lo menos para mi, la presencia de ellas, el apoyo, el sostén que me dieron, la fuerza, la forma de [...], es que uff, yo te juro que hubiera pagado tres veces más [ríe]. De verdad [Adela, 36 años].

Por otra parte, las respuestas de las matronas a dificultades económicas expresadas por las mujeres han sido muy diversas. Dentro de un modelo altamente adaptativo y en el que se valora caso por caso, se intenta que el coste de las asistencia no represente un impedimento para parir en casa. Para

⁶⁸ Me refiero aquí al ya mencionado trabajo de investigación en los Altos del Chiapas (México).

ello, se utilizan diferentes estrategias: pagos fraccionados o retrasados, intercambios no monetarios, descuentos en otros partos (después del primero). Algunas de las parejas entrevistadas se han beneficiado de estas facilidades, pero no siempre se llega a plantear verbalmente la dificultad del pago. Para las matronas, por tanto, puede llegar a ser muy problemático valorar la situación económica de alguien, o dejar que obtengan descuentos solamente las personas que se atreven a pedirlos. Frente a estos dilemas, hay quien ha optado por establecer normas más o menos fijas en el equipo:

Es que a mi me da mucho pena porque yo luego he conocido gente que sé que está apurada, pero nunca jamás te han dicho, nunca te han dicho: haznos una rebaja. Porque consideran tu trabajo, mi trabajo, tan importante, y ellas están absolutamente decididos a que por encima de todo es una prioridad el parto en casa, pues se lo van a quitar de otra cosa. Entonces a mi me da mucha [...], alguien que no me expone esta situación porque no se lo plantea siquiera porque considera que no estás tú profesionalmente para rebajar [...], o sea ¿por qué no lo rebajas a un fontanero que viene a tu casa, no? Entonces me da mucha [...], luego me da mucha rabia de decir: ¿por qué a unos se lo hemos hecho y a otros no? Y entonces al final te daba tanta historia, que decidimos más o menos esto: dar muchas facilidades pero poner un límite. Bajamos el precio a las amistades y a los segundos partos [Elena, 46 años].

Entre las posibles soluciones, además de cuotas de pago muy reducidas y escalonadas, destacan los trueques. Varias comadronas han aceptado formas de pago no monetarias, casi siempre complementarias, considerando fundamental la existencia de un intercambio, más que el objeto del intercambio. Así, se ha intercambiado la asistencia con cursos, masajes, cestas de verdura, sillas de parto artesanas, páginas web u organización de eventos:

Pues, mira, yo he llegado a hacer trueques: tengo sillas de parto de madera de un carpintero, tengo pagado un curso de surf [ríe], en Tarifa, que no me lo dio nunca, pero ahí se quedó, esto lo perdí, porque luego se mudaron a otro lado y me quedé sin curso [ríe]. ¿Qué más tengo pagado? Tengo pagado camisetas por si alguna vez quiero hacer un [...]. Es decir, la gente que quiere parir en casa, pare en casa sí o sí [Francisca, 53 años].

Finalmente, hay también quien sostiene que no puede decir que no, que no puede negar la asistencia y que, fuera de su equipo de trabajo, ha asistido gratuitamente cuando alguien no podía pagarlo.

Lo más común, sin embargo, es ofrecer facilidades de pago, pero no una asistencia gratuita, pidiendo algo a cambio, como demostración de que efectivamente se quiere parir en casa y que se reconoce lo que esto implica a nivel profesional. Las palabras de Francisca, para la que su trabajo es sobre todo una lucha política, muestran este tipo de razonamiento, en el que la reciprocidad desempeña un papel central:

A ver, dentro de mi hay una militancia, que esto es básico también. O sea, yo no asisto partos en casa

porque es mi mejor manera de trabajar porque estoy a gusto, sino aquí hay una parte militante. Yo no le puedo decir a una mujer: no te asisto el parto. Si yo soy comadrona y sé asistirlo, y ella no puede, yo se lo voy a asistir, sea como sea. Entonces no es una condición.

Y añade:

Pero sí creo que hay que tener un intercambio, porque hay gente que dice no puedo, pero no puedo y no pone nada, ahí sí que yo ya sé que no [Francisca, 53 años].

Que el dinero pueda representar solamente una excusa cuando no se tiene claro donde parir es una consideración bastante frecuente en las conversaciones con estas comadronas. En primer lugar, han comprobado como el simple priorizar el gasto del parto por encima de otros suele ser suficiente para costearlo. Pero en esta valoración se acaban ignorando otros costes, como la sobrecarga laboral o los conflictos familiares que puede implicar el asumir a nivel individual el precio de la asistencia. En segundo lugar, y es lo que parece más consecuente con una visión determinada del epp, demuestran casi siempre estar abiertas a otras propuestas. De esta manera, consiguen también resolver algunas de las contradicciones antes planteadas, estableciendo un precio que consideran justo para su trabajo, pero mostrándose disponibles para otras soluciones, exigiendo algo a cambio, pero aceptando que este algo pueda no ser dinero. Para ello, obviamente, es necesario el encuentro y el diálogo, que en algunos casos, como se ha observado, simplemente no llega a darse.

En definitiva, tanto las diferentes soluciones propuestas como la existencia de reflexiones sobre el precio de la asistencia, internas a los grupos de matronas que trabajan en el territorio andaluz, demuestran que esta práctica no es solamente un empleo. En otras palabras, se rediscuten los confines y las reglas del mundo laboral a partir de los casos concretos que se van presentando, y que invitan a encontrar respuestas creativas. Ciertamente el trabajo hospitalario no genera rompecabezas similares, pero precisamente estas soluciones inventivas llegan a romper también con unos esquemas sociales aparentemente inamovibles. Si no se erradican los obstáculos para el acceso, al menos se reduce en parte su alcance. Las barreras más determinantes, por tanto, son en realidad anteriores al diálogo entre matronas y usuarias, limitando la llegada a este tipo de atención, más que su realización después de haber tomado contacto.

3.7. En la piel de quien nace

Otra característica fundamental del modelo domiciliario es el tipo de atención prestada a quien nace. En más de una ocasión, se me ha reprochado precisamente lo poco que preguntaba acerca de

la experiencia de los bebés, cuyo análisis no figuraba de hecho entre mis objetivos. No obstante, no puede ignorarse la enorme consideración que se tiene de la experiencia intra y extrauterina en el modelo de asistencia indagado. Como se ha señalado, la obra de Leboyer inició una reflexión sensorial sobre cómo afecta el tipo de asistencia a las vivencias de quien nace, sirviéndose de palabras evocadoras e imágenes. Algunas comadronas, y también algunas doulas, utilizan principalmente comparaciones con la vida cotidiana adulta para entrar, meterse en la piel de un bebé. Hay quien emplea simulaciones y quien no pierde la ocasión de comparar situaciones claramente molestas con el descuido biomédico, y más en general adulto, por las sensaciones y emociones de un bebé. El “como si” es muy eficaz, porque resulta comprensible de una manera corporal y experiencial. Una luz encendida bruscamente después de una relajación a oscuras ayuda a entender el sentido de la penumbra en lugar de una luz fuerte o dirigida directamente a los ojos. El contacto con algo frío y áspero, después de estar debajo de una manta suave y caliente, desvela la importancia de los tejidos utilizados o del contacto directo con la piel. Imaginar los sonidos amortiguados debajo del agua ayuda a comprender las molestias producidas por sonidos demasiados fuertes. Y así sucesivamente.

Se sirven de este tipo de imágenes y comparaciones sobre todo aquellas que ofrecen una preparación previa, anterior al parto, y que retoma prácticas ya detectadas para la época de resurgimiento del parto en casa (*cf.* cap. siguiente). En todo caso, que la experiencia de quien nace tome especial relevancia en la atención es una constante de este modelo. La profunda convicción de que el parto domiciliario da lugar a una acogida amorosa, cálida, afectiva, íntima y al mismo tiempo compartida, siendo todo ello relevante para la vida y la salud futura de quien acaba de nacer, es compartida por todas las comadronas. Quien opta por un parto domiciliario, desde luego, lo hace pensando que es lo mejor no solamente para sí, sino también para su hijo/a⁶⁹. Al menos en el momento del parto, no se da una escisión entre necesidades y deseos de la madre y necesidades y deseos del bebé. Al contrario, lo que siente la mujer se considera un importante indicador del estado del bebé, y de su avanzar por el canal de parto. Ambos se están esforzando para una misma finalidad, y lo que produce bienestar a una, facilita también el trabajo del otro/a. El protagonismo del bebé, considerado ya un sujeto y a menudo llamado por su nombre, no quita protagonismo a la madre. La impresión, señalada por otras autoras, de ser simples contenedoras de un contenido cuyo bienestar es controlado a través de aparatos tecnológicos desaparece en el parto en casa. No se trata ni de una simbiosis perfecta, ni de una invasión, ni de una escisión o de intereses en competición.

⁶⁹ Lo que contrasta con la opinión de quienes ven en la opción de parir en casa una elección egoísta. Así, por ejemplo, en un editorial de *The Lancet* (2010) se reflexionaba sobre las distintas opiniones profesionales acerca del parto en casa, mencionando la postura del *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), contrario a una práctica que daría más importancia a las vivencias maternas que a la consecución de un bebé sano.

Se configura, más bien, un trabajo cooperativo, en el que sentir que se avanza y saber que el hijo o la hija está por venir, anima a seguir adelante, constituyendo un insustituible aliciente. Y también, de manera igual pero inversa, no sentir cambios o movimientos puede producir una profunda frustración.

La sensibilidad por la manera de nacer y por cómo ésta influye en la vida futura hace que se cuide enormemente este momento, de la misma manera que se cuida enormemente a quien está pariendo. La penumbra, el tono de voz bajo o la delicadeza del contacto se considera que ayudan tanto a las madres como a sus hijos/as. Sin embargo, existe una diferencia fundamental, y es que un recién nacido no puede expresar en ningún momento sus preferencias y necesidades. Se puede, por lo tanto, solamente trabajar a través de la imaginación y de los sentidos, de una atención corporal hacia sus necesidades:

Sea, dentro de todo, lo de la mujer tal, bien, pero los bebés a mi me tocan la fibra, mucho más que la parte feminista, del cuerpo de las mujeres [...], esto lo podría poner en un segundo lugar, pero lo primero es el bebé. Sea, un bebé que no se puede defender es un bebé que si tu no miras por él, él no te va a pedir, porque no te dice: quiero esto. Entonces creo que es el más débil de todo el proceso, entonces es el que hay que cuidar con más cariño, con más respeto, con más todo, ¿no? [Francisca, 53 años].

Poner el acento en las necesidades del bebé difiere, sin embargo, de un discurso que justifica intervenciones agresivas sobre el cuerpo materno, “por el bien del hijo”. No solamente el cuidado hacia la madre en su parto se considera parte fundamental del cuidado hacia el bebé en su nacimiento, sino que el bienestar fetal suele valorarse en otros términos, que no tienen en cuenta exclusivamente criterios anatómicos y fisiológicos, y hacen referencia a una más vaga pero no menos relevante “experiencia del nacimiento”. Esto último cuestiona el adultocentrismo socialmente imperante (*cf.* Gottlieb 1995, Massó 2015b), invitando a un esfuerzo imaginativo para “meterse en la piel” de un bebé. No se trata de mero determinismo, es decir la forma de nacer no determina automáticamente la forma de vivir, ya que evidentemente influyen múltiples factores en la vida de una persona. Se reconoce, no obstante, la importancia y la trascendencia de un nacimiento para quien lo vive, remarcando la distancia con el contexto hospitalario de atención. Así es como Laura describe las diferencias con un nacimiento hospitalario:

Y luego que no se tiene en cuenta la vivencia del bebé, nunca. Ni como va a marcar a ese bebé, su vida, la manera en que nazca. Entonces eso no, es como bueno el bebé nace, y si nace [...] un poquito de oxígeno y ya está. Y es como: no, es que si este bebé nace azul, va a nacer cagado ya, y le va a parecer que ¿esta vida qué es? y va a tener un montón de miedos a enfrentarse a las cosas y le va a parecer todo mucho más duro, entonces vamos a hacer que entre suave, ¿no? Que ya tendrá la vida luego oportunidades de ponerlo azul [ríe]. Entonces esta parte no se respeta [Laura, 35 años].

Lo que se valora, por tanto, es la complejidad de la experiencia de parto/nacimiento, en la que el protagonismo excluyente del feto, y focalizado en su supervivencia, es reemplazado por un protagonismo compartido, elaborado y colaborativo. Aunque los discursos utilizados en el parto en casa puedan ir variando, como se subrayará más adelante, y a menudo no se prioricen los mismos argumentos para defender la validez de determinadas prácticas, esto no invalida la atención prestada a la *experiencia* del bebé como característica distintiva y compartida.

3.8. Razón intuitiva

Davis-Floyd escribía, en un artículo conjunto con la comadrona Elizabeth Davis (Davis-Floyd y Davis 1996) acerca de la importancia del conocimiento intuitivo que consideraba, en los términos de Jordan (*cf.* cap. 1), como un AK (*authoritative knowledge*). En los discursos y prácticas de las comadronas, las dos autoras reconocían la importancia de la intuición como fuente de conocimiento válida y como guía para la acción. Identificaban, además, en ello un cuestionamiento activo de la prioridad culturalmente atribuida a la razón lógica, a través de una “confianza intencionalmente trasgresora en la intuición” (*id.*: 243).

En los discursos de las comadronas andaluzas instinto e intuición se entremezclan hasta confundirse. Con estos términos hacen referencia tanto a algo que se transmite de generación en generación, a una memoria celular o a una memoria corporal que lleva las huellas de experiencias pasadas y que, por lo tanto, es innata e involuntaria, como a la percepción clara e inmediata de una idea o situación que no pasa por un razonamiento lógico consciente.

Hemos mencionado el sostén de investigaciones científicas, y en particular el uso de los discursos de la neurofisiología, para subrayar la importancia de elementos no racionales en un parto (*cf.* cap. 2). Siguiendo a Seppilli (2000), la propia investigación biomédica, en particular a través de la llamada psiconeuroinmunología, estaría contribuyendo a una revalorización de los estados emotivos y de las vivencias psíquicas como factores de salud, y por lo tanto, de formas de atención más personalizadas y empáticas. En el caso que nos atañe, se habla a menudo de desconexión del neocórtex o del cerebro izquierdo y de conexión con la parte primitiva y emocional o cerebro derecho. En los relatos de parto esto se traduce en recuerdos difuminados sobre el propio parto, en una inmersión total en lo que se estaba viviendo, que se explica también en términos de desconexión con lo mental y conexión o abandono al cuerpo. No se trataría, empero, de procesos inmediatos o universales, en el sentido de que no siempre se dan, de que pueden ser interrumpidos y de que, sobre todo, necesitan de condiciones específicas y de un trabajo previo de desmontaje de

creencias y miedos incorporados (*cf.* cap. 5). Pero lo que nos interesa en este epígrafe no es tanto la visión compartida sobre los mecanismos que intervienen en un parto, sino el papel de estos mismos mecanismos, intuitivos, instintivos e inconscientes, en el proceso de atención. En otras palabras, se trataría de indagar en el papel que asumen estos elementos en el trabajo de las comadronas.

A este propósito existe un conjunto bastante amplio de discursos, desde quienes afirman que para ellas “la intuición lo es todo”, a quienes niegan la importancia de aspectos intuitivos, que podrían resultar engañosos, y prefieren hablar de capacidad de observación. Es sin embargo frecuente recordar anécdotas “inexplicables”, casos en los que los valores que miden “objetivamente” el bienestar materno y fetal no se correspondían, para bien o para mal, con las sensaciones percibidas. Veámoslo con mayor detenimiento.

Patricia recuerda un escalofrío que le recorrió el cuerpo durante un expulsivo, y que le hizo decidir correr a un hospital, a pesar de que sólo se había dado una ligera bradicardia, que tampoco los monitores del hospital señalaron como problemática, y que por tanto no llevó a tomar particulares precauciones en el momento del traslado, pese a su insistencia. El niño nació con graves problemas respiratorios y estuvo internado un tiempo en una UCI. Patricia, al recordarlo, afirma de no saber “de dónde” le vino esta determinación rápida de moverse de la casa, fruto de una convicción inexplicable de que “algo iba mal con este bebé”. En otro momento, relaciona la intuición con olores, movimientos y especialmente con el tacto, con las sensaciones transmitidas a través de las manos. Sostiene, además, que todas las matronas las experimentan, tanto en hospital como en casa, solamente que el ambiente de la casa y no usar fármacos y drogas propicia este tipo de sensibilidad. Una vez más, evocar experiencias comunes, como dar un abrazo, ayuda a comprender qué se entiende por intuición. Las palabras que siguen permiten ir esbozando el significado de este conocimiento intuitivo o sensorial:

Es muy intuitivo, tú llegas a una casa y hueles a parto. El parto huele de una manera especial. O tú ves a una mujer cómo se mueve, cómo [...], y *sientes*: va o no va. O haces un tacto incluso y [...], pero esto en el hospital te lo pueden decir las matronas también. Haces un tacto y tú apuntas en el partograma: tres centímetros, borrado al 50%, primer plano, lo que sea. Esto es objetivo para el sistema, pero tú tocas y dices: *va o no va*. Y está igual, está en tres centímetros [...], igual que otra. Pero este va y el otro no va, entonces [...].

Hay una parte energética y de sensación que te llega a las manos, ¿no? Como cuando abrazas a alguien y sientes que esta persona quiere ser abrazado o te apetece seguir abrazándolo o no, y no sabes explicar bien por qué. Pues no es la consistencia de la piel, ni la temperatura, es otra cosa. Y como las matronas utilizamos mucho las manos [...]. Por esto la osteopatía me gusta ahora mismo [sonríe] [Patricia, 43 años].

Igualmente, Carmen afirma que empezar a trabajar en la asistencia domiciliaria, y con matronas más experimentadas, le ha servido para ir desarrollando una parte, negada desde la formación

hospitalaria, pero que aplica también dentro del espacio hospitalario. Y relata un episodio reciente, acontecido el día anterior a nuestro primer encuentro, en el que llamó a la ginecóloga del centro en el que trabaja, invitándola a no esperar más y realizar una cesárea. Lo único que repite es que no le gustaba “aquella barriga”, y es lo que le dijo a la ginecóloga cuando ésta le preguntó después de encontrarse un útero roto⁷⁰. En efecto, no intenta en absoluto explicar los motivos de su hacer, simplemente agrega que la ginecóloga le hizo caso porque “sabemos que hay también una parte de [y frota el pulgar con el resto de dedos]”. Su gesto indica, mucho más que palabras, que en la asistencia influye algo evanescente o difícilmente reconducible a palabras.

Los aspectos intuitivos emergen en las conversaciones con matronas como algo que se sabe y que se hace, pero no se sabe de dónde viene, ni cómo se hace, y que está ahí pero del que no se habla, o se habla entre pocas, o incluso no siempre se sigue. Lo que unas denominan intuiciones erróneas o engañosas, sin embargo, para otras serían simples prejuicios:

Te explico: yo hay veces que cuando llego al hospital, me dice la compañera que me da el relevo: esta mujer no va a parir, tiene una pelvis estrecha y no sé qué no sé cuánto. Esto no es intuición, [...] esto es mal fario, esto es ponerle una etiqueta a una mujer que por [...] por una razón determinada no va a parir. Pero hay veces que tú estás acompañando a una mujer y hay algo que va [...], sea, para mí hay algo o que va bien o que no va bien, no te sabría explicar qué es, pero lo sé. Lo tengo ahí en mi subconsciente, en mi carne, en mis entrañas [Ana, 42 años].

Intuición es, por definición, algo no equivocado, sino acertado y claro (*cf.* Davis-Floyd y Davis 1996). Pero los aspectos emocionales, instintivos, intuitivos, que se pueden apreciar, por ejemplo, en una obra pictórica, difícilmente se admiten en la asistencia sanitaria. Se pueden incluso llegar a aceptar como elementos que favorecen el desarrollo fisiológico de un parto, pero no como razones últimas de decisiones y actuaciones profesionales. Nos topamos además con otra cuestión que no es baladí: la atribución de capacidades intuitivas “naturales” a las mujeres como instrumento repetidamente utilizado en la historia occidental para justificar su subordinación, y que ha encontrado aplicaciones especialmente dramáticas en la historia de la profesionalización de la obstetricia y condena de la partería. Así, si saber que “algo va o no va” se repite en los discursos de las matronas, se muestra también cierta reticencia a hablar explícitamente de aspectos intuitivos. Hay quien, directamente, sostiene no poder tratar estos temas abiertamente, ni con cualquier persona. Ana, por ejemplo, suele compartir la importancia de algunas sensaciones solamente con una compañera de Murcia:

Son cosas que sólo puedo hablar con ella, hay sensaciones que me da mi cuerpo y dices: uy, esto va

⁷⁰ La ruptura uterina es probablemente una de las complicaciones más graves en un parto.

bien. Y sensaciones que me da mi cuerpo que dicen: esto no va bien.

Igualmente, es con la misma matrona que habla de las intensa ganas de defecar cuando se acerca el momento de expulsivo:

Es que hay momentos por ejemplo, a mi, y a Carla, lo hemos comentado muchas veces, es algo que [...] de lo que no podemos hablar o no solemos hablar, cuando se nos remueve mucho la tripa, que nos da ganas de ir al baño, es porque sabes que el expulsivo va a ser pronto. Incluso cuando habla una mujer por teléfono y te llama. Y no ha pasado una vez, ha pasado muchas veces [Ana, 42 años].

Algunas matronas prefieren hablar de capacidad de observación, de ojo clínico, que se entrena y que permite identificar algún problema, o saber si un parto avanza o no, simplemente mirando algunos detalles. Otras sostienen que en los partos actúan a menudo de manera intuitiva, pero solamente *a posteriori* pueden decir haberlo hecho. En algunos casos, además, se reconoce que alguna compañera es más intuitiva, o puede tener alguna intuición particular, y se confía en sus opiniones como grupo. Finalmente, hay quien no oculta la importancia de un actuar intuitivo, ni lo confiesa en voz baja. Al contrario, lo considera absolutamente central, y especialmente resolutivo en aquellos casos más difíciles o complicados, en los que sólo los conocimientos acumulados no serían suficientes.

La mayor parte de las comadronas que asisten en casa, en todo caso, no ven contradicción alguna entre aspectos “científicos” y capacidad intuitiva, entre usar datos objetivos y subjetivos, entre sensaciones “internas” y mediciones “externas”. Así, la aplicación de conocimientos técnicos y científicos se acompaña con la escucha, más o menos afinada, de un “sentido interior”, que se expresa a través del cuerpo (escalofríos, visiones, energía en las manos, movimientos en las entrañas). Para las comadronas estas dos facetas no son excluyentes, y, en su propia valoración, la intuición puede ocupar desde una parte mínima de su trabajo a la casi totalidad. La intuición puede además resultar de extraordinaria importancia para determinar la “seguridad” de un parto. Como anteriormente se ha subrayado para las madres, cuya sensación de seguridad se prioriza, también para las comadronas la *sensación de seguridad* representa un elemento clave. De esta manera un parto que “objetivamente” procede bien puede llevar a decisiones de traslado, o al contrario, alguna señal de potencial peligro puede desatenderse porque *se siente* que no va a haber ningún problema:

Y en los partos tiene mucho que ver la intuición. A lo que te decía antes de no me gusta trabajar con miedo, me refería a esto. A lo mejor no hay nada que demuestre que algo va mal, la razón te dice: está el bebé bien, está la mamá bien, está todo correcto, pero algo aquí [se toca la barriga] te dice: no sé, intuyo algo diferente, algo [...], eso es lo que no me deja tranquila, esto es a lo que me refiero. Y al revés [Emilia, 36 años].

No obstante, ni todo es intuición, ni se daría siempre una manera de actuar intuitiva. Más bien se produce una mezcla de diferentes elementos, una mezcla difícil de aceptar en un contexto hospitalario, y a veces confusa, porque faltan las palabras para describirla y porque, en el fondo, al etiquetarla se realiza una separación de un tipo de conocimiento racional, a través de un procedimiento analítico inevitablemente artificioso. Las palabras que siguen, las de Patricia, que habla de razonamientos menos formales, de lógicas diferentes, y luego de irracionalidad; las de Carla, que incide en todo lo que puede contribuir a aumentar la capacidad intuitiva; y finalmente la de Isabel, que ofrecen una clave para superar distinciones maniqueas, diseñan un cuadro complejo en el que coexisten aspectos sólo aparentemente contradictorios:

Entonces sí que la escuchas la intuición, pero no te basas sobre la intuición, igual que también escuchas la parte objetiva, pero no te basas sólo en la objetiva, pero creo que se decanta más, en la asistencia, hacia esta parte intuitiva. No sé si intuitiva o de cerebro menos formal, ¿no? de menos neocortex, más emocional o instintivo, instintivo en el sentido más bien lógico, ¿no? de como especie [...]. No sé, los animales en esto son fantásticos, cuando hay animales en casa es muy sencillo, ellos están [...], son muy respetuosos y los gatos empujan a la vez que la mujer. Sí, es muy curioso verlo, cuando llega el expulsivo viéndolos a ellos, y además lo normalizan mucho, como los niños, normalizan mucho el parto. Entonces cuando los más irracionales están tranquilos [risas], todo bien [Patricia, 43 años].

Aquí la intuición aparece como algo innato, identificándose con el instinto animal, con algo común a diferentes especies, incluso “lógico”, según una lógica que parecería camuflada precisamente por la educación y la socialización.

Pero la intuición también puede desarrollarse y mejorarse. Las matronas más jóvenes, como Pablo, que acaba de especializarse, consideran obvio que su “intuición” no es comparable a la de profesionales más experimentadas y que llevan muchos años en la asistencia domiciliaria.

Asimismo para Carla, que afirma que todo el mundo tiene intuiciones, sólo que no se les reconoce validez científica, esta capacidad innata puede potenciarse con el tiempo:

Lo que pasa es que la intuición está muy mal vista, porque la intuición no es científica, no hay estudios que puedan corroborar que tiene una influencia top ten en esta situación ni nada, pero está ahí, y todo el mundo sabe que existe. Y todo el mundo tiene intuiciones. La intuición yo la entiendo como lo que tú sabes que hay sin conocer el modo consciente con que has llegado a esta conclusión. Son muchos años de experiencia, viendo muchas mujeres, asistiendo muchos partos, años de formación, leyendo, estudiando, etcétera, y esto genera conexiones y llega un momento en que tú lo ves aunque no te hayas puesto “a” más “be” igual a “ce”, si le restas “de” [...] [Carla, 50 años].

En definitiva, la intuición se configura como algo innato, instintivo, pero al que se puede o no hacer caso; como una potencia que, en términos aristotélicos, podría o no devenir acto; como una fuente de conocimiento y una guía para la acción cuando se aprende a escucharla, pero también como algo

que bebe de un bagaje de experiencias y saberes previos, formados a lo largo de los años. Que lógica analítica e intuitiva no se excluyan, y al contrario puedan complementarse y hasta confundirse, en unas actuaciones en las que lo “racional científico” y la “razón intuitiva” contribuyen sin solución de continuidad a la propia asistencia, deviene explícito en las palabras de Isabel:

La maduración, diríamos, ¿no? la maduración me va dando pistas de que [...], por ejemplo, cuando era más joven se contraponían las cosas, ¿no? O eres intuitiva o eres racional, o eres no sé qué o eres no sé cuánto, cada vez más: no, puedes ser muy racional y muy intuitiva a la vez. Y además pienso que cuando realmente la intuición está afinada, también incluye un cierto tipo de raciocinio, diferente a la lógica formal que conocemos, pero es raciocinio también. Lo que pasa es que tiene otro tipo de movimiento diferente. Entonces yo creo que cuando la intuición se despierta y estás atenta, tienes una visión muchísimo más completa de la situación, que cuando solamente miras desde un punto de vista analítico. Así que no es que no analice, es que incluye el análisis, pero va más allá, va más allá [Isabel, 57 años].

Desde esta perspectiva, la intuición, que Isabel define también como un sentido interno, que se añade a los cinco externos, una capacidad de conexión, de sintonía entre lo interior y lo exterior, “que va más allá de lo racional, y que incluye también lo racional”, se va delineando como algo innato y al mismo tiempo aprendido, que se tiene y se entrena, que es racional, en suma, pero no solamente racional. Utilizar la expresión “razón intuitiva” ayuda a subrayar unas formas complejas y no excluyentes, en un modelo que hace de la integración de diversos elementos y tipos de conocimientos su punto de fuerza.

Precisamente la capacidad de integrar, en lugar de separar, de valorar los procesos más que los estados, es lo que subyace al modelo analizado, y lo distingue del hospitalario.

Se han revisado algunas características fundamentales y definitorias de la asistencia domiciliaria. Sin duda podrían identificarse otras, y ciertamente las mencionadas mantienen evidentes relaciones entre ellas, hasta el punto en que, en más de un caso, se hacen indistinguibles. Así, por ejemplo, se hace arduo distinguir entre actitud hacia las herramientas disponibles, el saber estar en un parto, y los modos de fomentar la confianza; entre sensación de seguridad de la madre y de las comadronas; entre un actuar igualmente respetuoso y atento (aunque diferenciado) hacia quien pare, quien nace o quien acompaña. Tanto en los discursos de las profesionales como en los relatos de madres y padres las dimensiones aquí presentadas por separado, desmembradas en ocho epígrafes se confunden y superponen.

De acuerdo con Davis-Floyd (*cf.* cap. 3), las principales diferencias entre modelos de asistencia

girán alrededor de los dos principios básicos sobre los que se construyen: separación vs integración. Sin embargo, a diferencia de esta autora, se ha preferido distinguir entre dos modelos, el hospitalario y el domiciliario, cuyas diferencias se consideran estructurales, y dependientes en gran medida de los propios espacios de actuación. Esto permite también subrayar, por un lado, la variabilidad interna⁷¹ y, por otro, los confines porosos y las oportunidades de diálogo en la práctica cotidiana.

A continuación se presenta un esquema que recoge las principales diferencias identificadas entre los dos modelos.

| | MODELO DOMICILIARIO | MODELO HOSPITALARIO |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | <u>Espacio inmerso en la cotidianidad</u> : incorporación dimensiones sociales, sexuales, corporales y emocionales | <u>Espacio separado de la cotiniadidad</u> : expulsión dimensiones sociales, sexuales, corporales y emocionales |
| 1 | Continuidad y personalización asistencia (parto como proceso) | Discontinuidad y fragmentación asistencia (parto como secuencia de estados) |
| 2 | Herramientas múltiples y usos variables | Herramientas biomédicas de uso rutinario |
| 3 | Presencia mimética, atenta y silenciosa | Presencia múltiple y ruidosa |
| 4 | Autonomía y versatilidad | Delegación a varios especialistas y respeto de protocolos |
| 5 | Confiar en cuerpo/proceso (sensación de seguridad) | Desconfianza/miedos (seguridad técnica) |
| 6 | No sólo empleo | Empleo |
| 7 | Bienestar bebé a través de imaginación/identificación | Bienestar bebé medido según valores estándar |
| 8 | Razón intuitiva (innata y aprendida) | Razón técnico-instrumental (aprendida) |

Fig. 11 Principales diferencias entre modelos de atención.

El hospital ha contribuido a hacer del parto un evento fuera de la sociedad, de la historia, de la cotidianidad, a excluir dimensiones emocionales, sexuales, corporales, y separar a la mujer que pare del resto de la familia o de su entorno afectivo. La casa pretende reunir estas dimensiones, proclamando su inseparabilidad. El modelo domiciliario responde a algunas necesidades que derivan de la difusión masificada del hospital, retoma elementos antecedentes a su afirmación y hace un uso inclusivo de diferentes instrumentos, resultando capaz de unir habilidades técnicas a otros saberes y de romper con una seguridad reducida a mera supervivencia, para favorecer una continuidad entre el parto y la vida, ya no “desnuda”, por volver sobre la noción de “*nuda vita*” citada al principio de este epígrafe (Agamben 1995).

⁷¹ Perspectiva humanística o tecnocrática, en el caso del modelo hospitalario; holística o de la evidencia, en el caso del domiciliario, como se evidenciará en el apartado siguiente (cf. epígrafe 4.8).

4. Diferencias internas

Hemos descrito las principales características del modelo domiciliario, tratando de llegar a un cierto nivel de generalización. Es posible, sin embargo, identificar importantes diferencias en su seno. Así, dentro de la atención domiciliaria al parto en Andalucía, se van configurando dos macrotendencias, que se reflejan en y son a su vez expresadas por opiniones, maneras de hacer y de hablar diferentes (Triuzzi, en prensa). Tanto en la organización de la asistencia a lo largo del epp y sobre todo en los modos de llevar a cabo el trabajo previo al parto, como en las relaciones que se establecen con el modelo biomédico hospitalario, en el lenguaje utilizado para dar cuenta de su trabajo, en la visión de la salud que se desprende de sus palabras, en los discursos empleados para sostener la validez del parto en casa y, por último, en las opiniones sobre cuestiones particularmente polémicas, es posible identificar dos líneas generales. Evidentemente no se trata de una separación neta, dentro de cada grupo existe cierta heterogeneidad, y no siempre todas las personas comparten todas las características que se señalan como pertenecientes a una u otra tendencia. Sin embargo, a través de diferencias en algunos casos sutiles, en otros más evidentes, en las prácticas de la asistencia y en las prácticas discursivas se delinear visiones bastante distintas, que suponen, por un lado, cierta continuidad con la perspectiva radicalmente crítica y claramente vinculada con el feminismo de los orígenes del parto en casa en el Estado español y, por otro, un mayor distanciamiento y, paralelamente, un acercamiento a la corriente biomédica humanística. A continuación se muestra un cuadro sinóptico de estas diferencias, en las que se ahondará en los siguientes apartados.

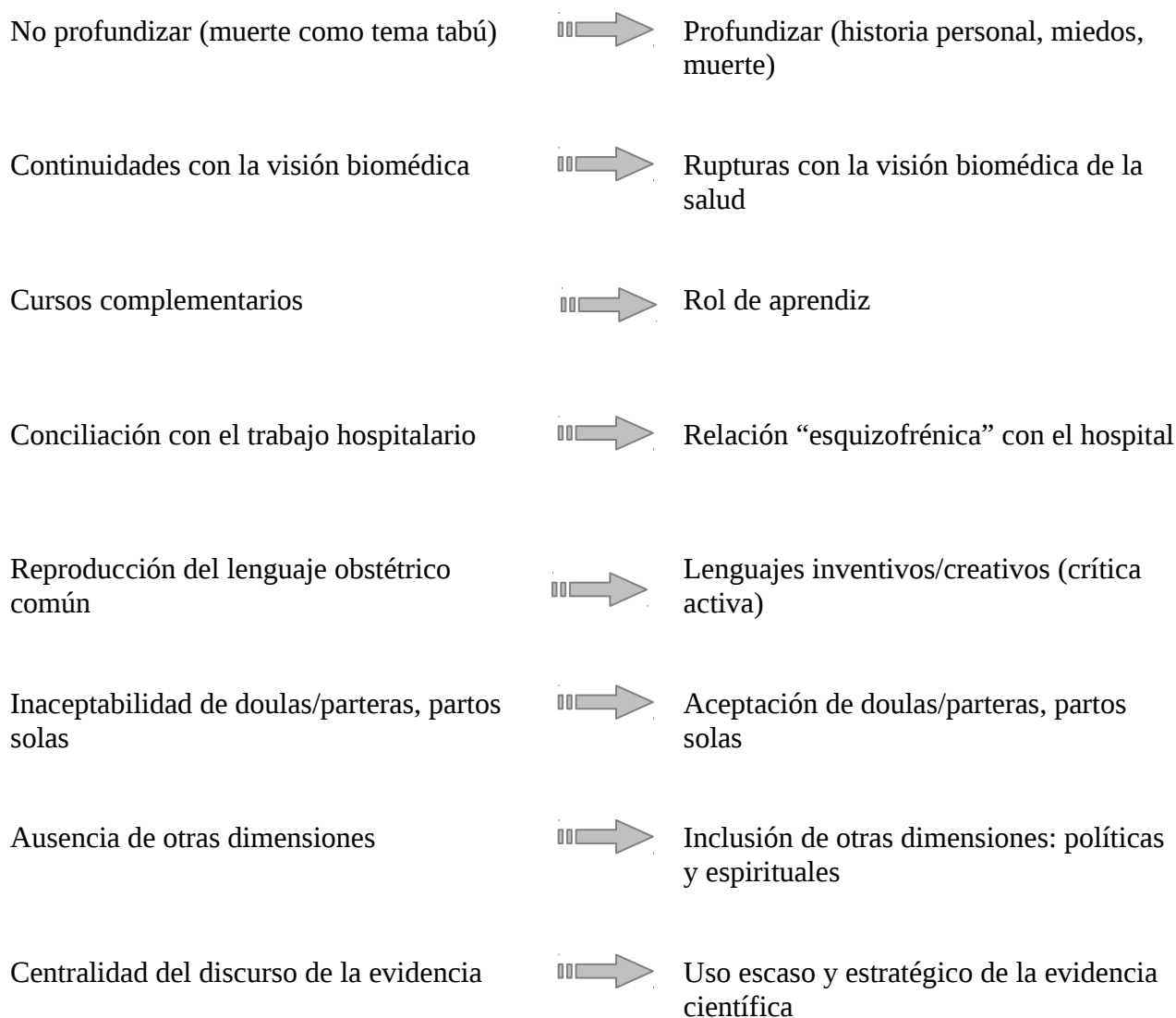


Fig. 12 Diferencias internas, según sus extremos.

4.1. No profundizar vs profundizar

De las dos líneas de trabajo presentadas, una primera confía en el desarrollo fisiológico del parto, en la convicción de las mujeres para parir en casa, y no considera necesario profundizar en la historia de cada una, ni hablar de cuestiones tan temidas como la posibilidad de la muerte, por otra parte de escasa incidencia en términos estadísticos. Aunque afirma que es fundamental el conocimiento recíproco, valora como potencialmente dañino escarbar en la historia de las parejas, en las relaciones familiares o en sus emociones más íntimas y ocultas. Una segunda profundiza en lo sexual y en lo emocional, hasta las consecuencias más trágicas, porque es en ello en lo que basa gran parte de la asistencia. En algunos casos, especialmente en aquellos de más larga trayectoria,

son las propias comadronas las que identifican estas dos vertientes:

Hay diferentes filosofías de trabajo en esto del parto en casa. Para que me entiendas, hay grupos que consideran que es mucho mejor indagar la vida personal de esta mujer. Nosotros creemos que [...], que hay que conocerla, que ella tiene que conocernos a nosotras sobre todo, por una cuestión de confianza, pero que creemos que a nivel psicológico hay cosas que una mujer puede sacar y cosas que no puede sacar [Ana, 42 años].

Analicemos pues con más detenimiento y a través de ejemplos concretos en qué consiste la opción de “no profundizar”, adoptada por la primera de las dos corrientes, y en qué la de “profundizar”, seguida por la segunda.

La preparación previa al parto no se ofrece en la primera de las dos tendencias, aunque cabe señalar que no siempre se dan visiones del todo consensuadas en un mismo grupo profesional. Así, por ejemplo, Elena, a pesar de que no se haga dentro de su equipo, avanza la duda de la necesidad de un conocimiento personal más profundo, “para apoyar más” a las familias, y también de crear espacios de encuentro en el embarazo, tanto para proporcionar informaciones como para evitar que quien decida parir en casa acabe sintiéndose “un bicho raro”. Si no todas ofrecen una preparación en el embarazo dirigida a proporcionar explicaciones, resolver dudas, desmontar miedos comunes y crear un espacio de intercambio para madres y padres (*cf.* cap. 5), las posturas sin embargo varían entre quien la considera deseable pero difícil de llevar a la práctica por problemas organizativos internos al grupo, quien no la ve necesaria, y quien la impone como condición para la asistencia. Es esta la opción seguida por la segunda corriente que, en continuidad con la labor desarrollada en los años 80, insiste en la importancia de un número elevado de encuentros previos al parto y de una preparación individual o grupal.

En segundo lugar, como se ha comentado en páginas anteriores, se suele utilizar un cuestionario que se entrega a las parejas y sobre el que se va trabajando en las consultas. Pero sus contenidos pueden variar bastante. En la primera corriente se tratan principalmente informaciones médico-obstétricas, a las que se añaden cuatro o cinco preguntas de reflexión sobre motivaciones y expectativas para el parto, referidas tanto al acompañamiento profesional, como al papel de acompañantes no profesionales y a cómo se imagina el propio parto. En la segunda, se opta por utilizar cuestionarios amplios y detallados, en los que se abordan una multiplicidad de cuestiones, y abarcan diversas dimensiones. Se tocan, así, desde cuestiones más físicas, como en una historia clínica común⁷² a

⁷² Por ejemplo, enfermedades, grupos sanguíneos, embarazos y abortos anteriores, peso, altura, tensión arterial, molestias o problemas durante el embarazo, informaciones relativas a ciclo menstrual y métodos anticonceptivos utilizados, pruebas diagnósticas efectuadas.

temas más subjetivos⁷³. Las preguntas son bastante parecidas entre un grupo y otro. Pueden ser más numerosas si no se dan clases grupales, para así facilitar y guiar los encuentros entre matronas y parejas. Por lo demás se van adaptando, con leves cambios, a los planteamientos de cada equipo profesional. En algunos casos se profundizará más en la vida familiar (relaciones con padres y madres, recuerdos de infancia y adolescencia), se dedicará mayor espacio al bebé (si es deseado, si se ha escuchado su corazón, cuando se ha empezado a notar su movimiento, y si se han tomado decisiones con respecto a la lactancia), o se incidirá en aspectos de la vida personal que se consideran importantes como una práctica religiosa, o posiblemente problemáticos como las condiciones laborales, la reincorporación al trabajo posterior al nacimiento o la existencia de apoyo familiar o de otro tipo en el posparto. Aunque pueda variar el peso atribuido a algunos elementos, es una constante de esta corriente la centralidad de los aspectos psico-emotivos. Esto último es precisamente lo que distingue a quien opta por indagar en la vida personal, en preferencias, miedos, historias y traumas pasados de quien considera más oportuno evitarlo. En ambos casos el objetivo último es proporcionar una asistencia adecuada, adaptada a las necesidades, y que responda a los deseos de madres y padres. Sin embargo, en uno la única manera para “llegar” a las mujeres y saber cómo actuar en un contexto familiar específico es conocer y poder trabajar previamente los aspectos anteriormente señalados. En otro, al contrario, no hay tiempo ni medios suficientes para profundizar tanto y, sobre todo, para poder luego afrontar lo que vaya aflorando a partir de este conocimiento profundo.

En particular, es opinión común a las dos corrientes que violencias y abusos sexuales pueden salir en un parto, expresándose a través de dificultades o bloqueos, pero no hay acuerdo en la manera de acercarse a ello. Dentro de la segunda tendencia presentada se considera importante hablarlo desde antes, si acaso con el apoyo de otras figuras profesionales, mientras que en la primera se explica que es suficiente intuirlo y actuar de manera consecuente en el parto, cuidando enormemente palabras y gestos. Para esta última no sería conveniente sacar a luz algo que se ha quedado a un nivel subconsciente o que no se está preparada para verbalizar:

Y hay grupos o personas, en esto del mundo del parto en casa, que insisten en que es muy importante saberlo, que la mujer sea consciente. Yo no creo que sea así, por la formación que yo he recibido y por cómo yo he trabajado, yo no creo que sea así. Porque hay mujeres que son capaces de gestionar este recurso, y hay mujeres que no lo son [Ana, 42 años].

⁷³ Entre estos últimos destacan: informaciones sobre el propio nacimiento, tanto de la madre como del padre; cambios acontecidos en la vida sexual y maneras de vivirlos; motivos para optar por un parto en casa; hábitos alimenticios, actividad física y/o trabajo personal en otros aspectos de la salud; expectativas dirigidas hacia las profesionales; reacciones de familiares, amistades y personal sanitario frente a la decisión de parir en casa; preocupaciones referidas al epp o a la próxima maternidad/paternidad; expectativas para el día del parto; personas invitadas al parto y qué papel se espera que desempeñen; miedos a posibles complicaciones; reacciones imaginadas en respuesta a la eventualidad de un traslado, de problemas graves en el parto o de muerte.

Ana insiste sobre todo en que ellas no son psicoterapeutas, y no tendrían los medios para hacer frente a situaciones de difícil manejo. En su grupo, y por su propia experiencia con mujeres víctimas de violencias sexuales, han decidido limitarse a escuchar lo que las mujeres están dispuestas a contar, sin insistir y sin pretender saber más de lo que ellas mismas deseen contar. En cambio, para otros grupos, profundizar en la vida de madres y padres es un *requisito* para la asistencia y el principal medio para apoyarles en el parto. Se fomenta, por tanto, hablar de las eventuales violencias sufridas y empezar a afrontar el tema desde el embarazo. Se parte de la misma idea de la memoria corporal de la agresión, que dificulta la salida del bebé por la apertura vaginal, pero en este caso para acompañar y evitar que el momento del parto se traduzca en una nueva agresión, se prefiere empezar el trabajo desde antes:

Por ejemplo, los abusos, no? Me acuerdo una mujer en Granada, que ella era pintora, y la tuve pintando todo el embarazo flores, y claro con cada una como recordar que pasaba por su vagina, que se acariciaba la vagina y tal. O a otra con este de arcilla haciéndole así. ¿Sabes? Para curar la herida, para [...]. ¿Sabes? Y ya puedes decir: Venga, es el momento, puedes salir de esta, tira palante, estoy contigo, ya sé qué pasa, no te preocupes. ¿Sabes? Si lo haces desde allí, ella dice: Venga, tengo sostén, puedo agarrarme algún sitio. ¿No? Pero, si no ¿qué haces? [Francisca, 53 años].

Para este tipo de relación es necesario crear un “marco íntimo”, y a veces también tener algún encuentro a solas con la madre. Algunas matronas, como Andrea, lo hacen sistemáticamente, porque consideran que se establece una relación diferente que al estar presentes ambos miembros de la pareja. Al mismo tiempo que se fomenta activamente incluir al padre desde el embarazo como parte de un hacerse cargo del nacimiento, pero también de prepararse progresivamente a él, encontrarse solamente con las madres puede estimarse igualmente relevante, para profundizar en las vivencias del proceso, y para reforzar el vínculo personal.

En los grupos que piden como requisito profundizar en la historia de la madre y del padre, ésta deviene una herramienta básica para proporcionar una asistencia de calidad. En palabras de Andrea:

Se trata de saber de dónde vienen para entender qué necesitan y cuando hay un problema cuál podría ser el punto de [chasquea los dedos] acceso, de ayuda, de desbloquear [Andrea, 48 años].

Tanto es así que la negativa a entrar en algunos temas se asocia con una asistencia al parto poco satisfactoria o muy dificultosa. Aunque se admite que no siempre se consigue conocer bien a una mujer y a una pareja, y hay veces en que esto implica no saber cómo actuar, tratar algunas cuestiones previamente se defiende, en estos casos, como absolutamente imprescindible. Y es entonces igualmente importante saber establecerlo como condición, según afirma Laura, que no supo insistir frente a una negativa a hablar de un aborto anterior:

En un momento él me dijo [el padre]: no yo de esto no quiero hablar, ahí no vamos a entrar, entonces me quedé cortada y bueno pues ahí sí he aprendido un poco que no, de que ¿cómo que no quiero entrar? O entras o no te asisto el parto. ¿Sabes? [ríe]. Porque luego fue un parto que se vivió con muchísimo miedo, él lo dijo el otro día que lo pasó fatal, y ella tuvo un fiebrón tremendo, y el bebé salió un poco cagadito hasta arriba. [ríe]. Y entonces ahí como un poco que hay cosas que hay que mirar sí o sí. Y luego también en el poner el límite yo [Laura, 35 años].

Otro aspecto paradigmático de las diferencias señaladas es el lugar que ocupan eventuales complicaciones y la posibilidad de la muerte en un parto en casa. Para la primera corriente, se menciona la posibilidad de un traslado a un hospital, pero no se afronta la eventualidad de daños graves o incluso de muertes. Para la segunda corriente, hablar de la muerte es fundamental siempre, aunque finalmente se opte por una asistencia hospitalaria, y se identifica, de hecho, con uno de los principales fallos del sistema hospitalario: la negación de la muerte como posibilidad y como realidad.

Sorprendida por el espacio que se le da a la muerte y a los miedos que genera en las preparaciones grupales a las que he asistido, que pueden incluirse en la segunda de las tendencias señaladas, he ido también preguntando a cada matrona si habla de ello en los encuentros a lo largo de la gestación. Algunas me han mirado entre la sorpresa y el resentimiento, como si se tratase de una provocación, de un cuestionamiento de la seguridad de la asistencia domiciliaria, negando tanto las muertes materno-fetales en su grupo, como la necesidad de tratar este tema durante el embarazo:

¿Qué le vas a decir? ¿Que tiene la posibilidad de muerte? [risa nerviosa]

E. Bueno, que se puede dar una complicación grave en casa, ¿no?

Sí de complicaciones hablamos, pero no te vamos a decir que te puedes morir, porque no tiene porque morir una mujer en casa [Alice, 42 años].

Desde una perspectiva distinta, en la segunda corriente se habla sistemáticamente de la posibilidad de la muerte, de cómo se reaccionaría, de si madres y padres se sentirían culpables por sus elecciones, y de cómo podrían vivirla, tanto en hospital como en casa:

De hecho hay una consulta que dedicamos expresamente a hablar de qué es lo que a ellos le provoca miedo, de lo que saben, porque muchos no [...], somos totalmente inconscientes, pero de los que saben, cuáles son las complicaciones que a ellos les preocupan, y cómo actuarían, como se manejan en estas situaciones de estrés, y bueno, le dedicamos un gran espacio en todo el proceso, a la muerte. A la muerte de ella o a la muerte del bebé en casa. Y bueno, con el fin de que se intenten colocar en esta situación. Entonces es como una consulta muy intensa, pero que a la vez sirve de prueba para ellos reafirmarse en su decisión de parir en casa, o no [Emilia, 36 años].

Tratar el tema de la muerte representa una diferencia sustancial con el modelo hospitalario, y sin

embargo no todas comparten esta necesidad. Si entre las comadronas entrevistadas ninguna ha afirmado haber asistido a una muerte materna o neonatal en casa, sin embargo todas conocen casos en otros lugares y saben que una muerte en casa tiene una resonancia pública muy diferente a la que acontece en un hospital. Quien habla previamente de la posibilidad de complicaciones con consecuencias letales no lo hace solamente para que las parejas se reafirmen (o no) en su decisión, y tomen consciencia de que la responsabilidad es totalmente compartida, sino también como manera de ir reflexionando sobre la complejidad del proceso del parto, y sobre aquella línea muy sutil que separa la vida de la muerte. Dentro de un planteamiento integral, va tomando forma también un fuerte desafío cultural, al hablar de lo que se considera un auténtico tabú, “con terror neurótico” (Vidal y Villena 2002). Las dos comadronas citadas, en un número monográfico dedicado al parto en casa de la revista *Ob stare* hicieron hincapié, precisamente, en la absoluta hipocresía social de negar la muerte, invitando a reflexionar sobre ello dentro de la asistencia domiciliaria al parto. En contra de una visión idealizada, de un inútil panegírico del parto en casa, subrayaban la importancia de visiones más elaboradas, que admitan las dificultades de sostener emociones contradictorias, un alternarse de euforia y miedos profundos, que hacen tan a menudo agotadora la asistencia. La importancia de mantener un tipo de comunicación emocional profunda, desde el embarazo y hasta tiempo después del parto, deviene esencial, según estas autoras, para afrontar los casos de muertes. Después de algunas reflexiones más generales, pasan a relatar la muerte de un bebé acontecida en una casa, insistiendo en que en el ámbito domiciliario no existen estructuras ni mecanismos de defensa emocional y legal. No se da el mismo distanciamiento físico y psicológico, la responsabilidad no se diluye entre distintos profesionales, no existen protocolos que faciliten cierta despersonalización. La casa, por otra parte, debería facilitar la elaboración del duelo, por el hecho mismo de permitir otro tipo de relaciones. Y sin embargo, Villena y Vidal denunciaban la escasez de instrumentos teóricos y que contasen con experiencias previas, el silencio generalizado sobre la muerte, también dentro de la asistencia domiciliaria, y la importancia de iniciar un debate. En sus palabras, en casa “La solidaridad, el apoyo mutuo y la catarsis emocional son más fáciles. Pero también la ira y la culpa, que son parte normal del proceso, pueden encontrar blancos humanos con gran facilidad” (*id.*: 47).

Si en una parte de los grupos activos en Andalucía el tema de la muerte brilla por su ausencia, en otra forma parte del seguimiento del embarazo, suscitando a menudo iniciales reacciones de desconcierto en madres y padres (*cf.* cap. 5). Así, a pesar de constituir una probabilidad mínima, se afronta el tema de la muerte como parte de un trabajo que insiste en los aspectos psicoemocionales y que utiliza las preguntas escritas también como una herramienta de reflexión personal, de pareja y

de grupo.

4.2. Continuidades y rupturas con la visión biomédica

Determinados criterios y prácticas de la asistencia varían de manera muy significativa, delineando relaciones diferentes con las definiciones biomédicas.

Algunas condiciones, como la distancia del domicilio de la parturienta respecto al lugar de residencia de la matrona y respecto a un hospital, o los tiempos de gestación y de parto, pueden ser más o menos flexibles⁷⁴. Otras cuestiones, en cambio, marcan diferencias decisivas, que se tratará de ilustrar por medio de tres ejemplos concretos, que ayudan a ir avanzando en la identificación de dos tendencias generales en la atención: los tiempos máximos de un parto y los casos de “bolsa rota”; las pruebas diagnósticas en el embarazo; y los protocolos de actuación con recién nacidos.

En primer lugar, aunque todas respeten los tiempos de cada madre y de cada parto, prolongando ampliamente los tiempos hospitalarios, y basándose en el control del bienestar materno-fetal y en el cansancio de la madre, los límites temporales y los modos de actuar pueden diferir. En particular, un criterio variable resulta ser el de actuación en casos de rotura de la bolsa amniótica. En los hospitales se suele suministrar antibiótico para evitar infecciones, e inducir el parto si no se desencadena espontáneamente en las primeras 24 horas. En casa, la primera corriente respeta con variaciones mínimas este *modus operandi*, por lo que la rotura de la bolsa constituye un motivo de traslado. La segunda, en cambio, llega a esperar bastante más, siempre con algunas precauciones, y con el acuerdo de la madre, pero sin servirse de antibióticos ni acudir a un hospital, a no ser que se presenten señales de peligro. En estos casos, como confirman también los relatos de partos, la pareja controla el ritmo de los latidos fetales y las comadronas hacen varias visitas domiciliarias y mantienen un contacto telefónico con la madre. Esta manera de hacer, profundamente diferente de la biomédica común, es una de las que más ha sorprendido a quien, como Pablo, estaba acabando su práctica en hospital y al mismo tiempo se formaba en la asistencia domiciliaria con una matrona experimentada:

Entonces claro, esto sí que me llamó mucho la atención, porque Francisca no hace falta que vayas al hospital, no hace falta [...] nada, simplemente rompes la bolsa y esperas que te pongas de parto. Le pregunté que cuánto tiempo esperaba antes de ir al hospital, porque bueno, tampoco con la bolsa rota es que puedas estar una vida. ¡Y me dijo que siete días! Entonces esto sí que fue un choque de ¡hostia, siete días!, en el hospital dicen dos horas y tú dices siete días. Entonces claro, tampoco es que dejes a la mujer siete días allí olvidada de la mano de dios, sino que con controles y controlando la

⁷⁴ Así, hay quien llega a asistir partos a distancias muy elevadas, y quien pone límites bastante estrictos; quien impone una buena conexión con un centro hospitalario y una distancia máxima de 30 minutos, y quien, en casos determinados, acepta asistir en domicilios más alejados de un hospital; quien considera como límite máximo el inicio de la semana 42 de gestación, y quien lo prolonga hasta el final de la semana.

temperatura de la madre, entonces tampoco lo veo mal, lo veo mejor que irse al hospital, porque seguramente en hospital te inducen el parto, y ya va cuesta abajo todo [Pablo, 34 años].

Precisamente el criterio de la “bolsa rota” es el que Francisca utiliza como ejemplo de inconciliabilidad e imposibilidad de diálogo con el sistema hospitalario, que en ningún caso aceptaría tiempos tan distintos de sus protocolos:

Entonces, yo no puedo poner en la historia cuatro días de bolsa rota, porque ellos me van a exigir que sean 24 horas. ¿Entonces, cómo caso los conceptos? ¿Sabes? ¿Cómo hacerlo? No sé cómo hacerlo para poder integrar. O sea, hay una parte de ceder que sería ceder a cosas muy importantes. ¿Sabes? [Francisca, 53 años].

En segundo lugar, las prácticas empleadas o fomentadas a lo largo del embarazo, y en el posparto, se alejan enormemente. Se piden los mismos controles mínimos en el embarazo, es decir una ecografía y una analítica de sangre, pero en una corriente no se da ninguna indicación sobre el “control de embarazo” rutinario, y simplemente se pide revisar todas las pruebas efectuadas, aceptando que algunas mujeres puedan salirse de lo biomédico normativo, y negarse a seguir por entero el itinerario previsto para ellas. En otra, se invita a analizar pros y contra de cada prueba diagnóstica, a identificar motivos y objetivos personales para decidir si efectuarla o no, y a hacer lo mismo con los suplementos farmacológicos que se dan rutinariamente a las embarazadas. Las informaciones proporcionadas van claramente en el sentido de limitar o prescindir de determinadas pruebas, y sustituir complementos medicamentosos con otro tipo de soluciones (*cf.* cap. siguiente). Se acepta, no obstante, que cada una haga uso de lo que considera oportuno, y que siga o no los procedimientos previstos desde el sector sanitario.

De manera muy parecida, en la primera tendencia, se sugieren y llevan a cabo en el parto y posparto inmediato, previa autorización, algunas prácticas protocolarias idénticas a las hospitalarias (profilaxis antibiótica en la madre, profilaxis de infección ocular en el bebé y administración de vitamina K, vacunación contra la Hepatitis B). En la segunda, se cuestionan activamente estas prácticas, se proporcionan fuentes de información y se invita a decidir autónomamente y selectivamente, es decir, sin aceptar nada de forma mecánica, y como parte de un conjunto de reglas preestablecidas, sino analizando una por una cada práctica de medicalización “preventiva” ligada al nacimiento. Al fin y al cabo, el sentido de la actuación profesional es inverso, ya que si la decisión última está siempre en la madre o en la pareja, lo que se fomenta no es en absoluto lo mismo.

En los apartados que siguen se insistirá en otros matices e implicaciones de esta diversidad de visiones.

4.3. Formación biomédica, recorridos pluriformativos y rol de aprendiz

Al no existir formación reglada específica sobre la asistencia domiciliaria, se suele recurrir a diferentes medios: lecturas, cursos on-line, formaciones en la Escuela Libre de Salud Holística y Maternoinfantil Consuelo Ruiz u ofrecidas por grupos de matronas de otras Comunidades Autónomas⁷⁵, estancias en proyectos de asistencia al parto no medicalizada en otros lugares⁷⁶. Resulta peculiar el caso de Málaga, donde un grupo inicialmente numeroso de matronas consiguió convocar a compañeras de otros lugares, incluso desde las islas Canarias, para tener encuentros informativos y valerse de la experiencia de otros profesionales.

Las trayectorias formativas de cada comadrona dependen fundamentalmente de la iniciativa personal, y en algunos casos responden a demandas específicas de las mujeres. Así, por ejemplo, se han podido incluir en la asistencia recursos “complementarios”, como la aromaterapia, la homeopatía o las flores de Bach, a partir de requerimientos de madres y padres y de consecuentes cursos sobre el uso de estas técnicas para el epp. Algunas comadronas, además, no se han limitado a cursos puntuales y focalizados en la asistencia al parto, sino que han dedicado varios años a formarse en psicoterapias humanistas como la Gestalt, en osteopatía, en naturopatía o en métodos como la biodescodificación, que relacionan síntomas con niveles emocionales profundos. Para acompañar en el proceso de epp, así, han buscado herramientas externas a las recibidas en sus años de EIR. La misma asistencia en casa, además, la experiencia y el diálogo con las madres, y la vivencia personal de la maternidad, se valoran como inestimables fuentes de conocimiento, un conocimiento empírico y también corporal potencialmente sin fin. Por último, los momentos de encuentros internos a cada grupo se pueden utilizar para intercambiar informaciones, analizar casos dificultosos o revisar documentación científica.

Para algunas, sin embargo, la iniciación en la atención domiciliaria ha podido darse solamente gracias al apoyo de otras comadronas con años de experiencia, con las que han realizado prácticas durante un tiempo variable. En estos casos, se considera necesario no empezar a acompañar partos en casa sin haber estado con otras que ya lo hacen. Asistir en casa se convierte, por tanto, en un profundo desaprendizaje, a veces chocante, o “alucinante”, en palabras de algunas. Matronas con amplia experiencia hospitalaria y formación extra especializada en partos no intervenidos, como es el caso de Carmen, han admitido sentirse desprovistas de medios en casa, y no precisamente por falta de conocimientos técnicos y fisiopatológicos. A otros niveles, para poder asistir un epp desde una perspectiva más integral, el aprendizaje vivencial con comadronas experimentadas deviene clave.

⁷⁵ En más de un caso en Catalunya, en uno en las Palmas de Gran Canaria

⁷⁶ En particular, los proyectos Titania, Migjorn y Marenostrum en Cataluña, y la Clínica Acuario, en Valencia.

Que para la gran mayoría asistir en casa no significa simplemente cambiar de lugar, lo demuestra la necesidad de buscar informaciones fuera del ámbito de la formación reglada. Pero para algunas, las que se han incluido en la primera corriente presentada, esta necesidad se debe más bien a las carencias del sistema hospitalario, que podrían remediarse a través de una difusión capilar de aquel enfoque fisiológico promovido institucionalmente y a menudo también aprendido teóricamente, aunque sin estar necesariamente reflejado en la práctica común de la atención (cf. cap. 3). Desde esta perspectiva, los cursos fomentados a través del *Proyecto de Humanización* se consideran aplicables también a la asistencia en casa. Una parte del saber hacer de la atención domiciliaria, aquella que no se enseña, podrá aprenderse por tanto a través de los años de experiencia, pero sin que se necesite una formación específica para ello. La formación reglada y especialmente las corrientes fisiológicas o humanizadoras proporcionarían las herramientas necesarias y suficientes para asistir un parto, independientemente del lugar. Los aspectos señalados como peculiares y definatorios del espacio domiciliario facilitarían otra manera de estar, para la que se requeriría “otra sensibilidad”, más que formación propiamente dicha.

Para la segunda corriente, en cambio, podría ser hasta peligroso empezar a asistir en casa sin contar con un bagaje de práctica compartida con comadronas de más experiencia:

No estás preparada, y si no has estado nunca o has presenciado un nacimiento en casa, no tiene sentido que lo hagas, si nunca lo has hecho o si nunca lo has vivido o has visto o has experimentado. Puede ser peligroso en el sentido de que los tiempos de espera son distintos, y que, como lo que te decía antes, si tú ves mucha patología y trabajas con la patología, enseña la ves donde no la hay [Emilia, 36 años].

Emilia, como muchas otras, insiste en el *desconocimiento* hospitalario de un parto espontáneo:

Yo no había llegado a ver partos normales, totalmente espontáneos, hasta que no estuve en el primer nacimiento en casa. Y dije: ah sí, claro, así nacen los niños y así paren las mujeres, ¿no? [Emilia, 36 años].

En definitiva, en ambas tendencias se suele empezar acompañando a comadronas experimentadas, y en los grupos más numerosos incluso se va inicialmente a las casas como tercera matrona. Pero para la segunda se hace indispensable un tipo de formación más larga y más amplia. Ésta es comparable solamente al rol de aprendiz, de quien sigue a una profesional en toda su actividad, asistiendo a los cursos de preparación, a las consultas, a los grupos pospartos, a las visitas en las casas, y al acompañamiento al parto, inicialmente en calidad de observadora, para poco a poco ir participando más activamente, hasta poder seguir sola todo el proceso.

Laura, por ejemplo, compara sus inicios precisamente a mi trabajo de observación como antropóloga, aunque nuestros objetivos evidentemente diferían. El primero de los grupos de

preparación en el que estuve, lo compartí además con Pablo, desde la posición muy parecida de quien desconoce algo que se dispone a conocer. Nuestros criterios de partida eran muy diferentes, su formación era sanitaria, la mía antropológica, sus objetivos eran de aplicación práctica, los míos absolutamente teóricos, aunque con potencial de aplicación⁷⁷. Sin embargo, nuestra manera de *estar ahí* resultaba muy parecida. Es así que muchas han ido formándose, a veces viajando de una ciudad a otra, como en el caso de Carmen o de Carla, otras mudándose para empezar a colaborar con alguien con más experiencia, como ha sido para Emilia y Ernesto. A partir de un aprendizaje de este tipo, prolongado en el tiempo, observador y colaborativo, se ha llegado a afrontar de manera autónoma todo lo que implica un acompañamiento al epp, a veces en el mismo equipo de trabajo de la(s) maestra(s), otras constituyendo nuevos núcleos, y adaptando lo aprendido, para crear formatos ligeramente modificados. El *rol de la aprendiz* se traduce en una formación muy exigente, bastante larga y escasamente o nada rentable desde un punto de vista económico. No todo el mundo está dispuesto a aceptarla, ni todo el mundo considera necesitarla, sobre todo después de una especialización universitaria y de más o menos tiempo de experiencia profesional hospitalaria. Decidir estar de aprendiz implica reconocer la insuficiencia de la formación recibida, y admitir, como señalaba una comadrona, que por mucho que se hable de enfoque biopsicosocial, las herramientas psicosociales ofrecidas por los años de Enfermería, de especialización y de trabajo hospitalario son más bien escasas. A la necesidad de desaprender, se acompaña, entonces, la de adquirir otros conocimientos, de manejar otros medios, para poder fomentar, en definitiva, una visión de la salud que difiere profundamente de la biomédica. Aquí el aprendizaje es más vivencial que teórico, y parte del supuesto de que la teoría, especialmente en el campo de la obstetricia, y retomando las palabras de Emilia, “carece de mucho sentido porque se contradice continuamente”. Para iniciarse como aprendiz, por tanto, es necesaria una actitud de humildad y una admisión de ignorancia, a veces después de años de trabajo en hospitales y centros de salud. Pero resulta también imprescindible reconocerse en un enfoque particular al epp, que no solamente incorpora recursos complementarios a los biomédicos, sino que promueve un acercamiento a la salud profundamente crítico hacia la visión biomédica. Estas diferencias van marcando también, como se pretende mostrar a continuación, un actitud muy variable hacia el medio hospitalario.

⁷⁷ Las posibilidades de “restitución” del trabajo antropológico han constituido un tema de reflexión compartido con algunas madres y comadronas. De qué manera y en qué formato una investigación puede devolverse y utilizarse en el campo en el que ha sido llevada a cabo es una cuestión abierta, ciertamente sin soluciones unívocas, y que impregna los debates sobre ética en antropología.

4.4. Relación con el ámbito hospitalario: entre conciliación y “esquizofrenia”

Si las comadronas que asisten en casa coinciden en que la asistencia domiciliaria constituye un modelo distinto del hospitalario, entre ellas emerge, sin embargo, una relación diferenciada con las instituciones sanitarias. En más de un caso la considerable distancia entre modelos se ha hecho progresivamente insostenible, y la dedicación exclusiva al parto en casa se ha impuesto más bien como una necesidad. En estos casos, se acude puntualmente al empleo público a través de sustituciones y contratos temporales, por exigencias económicas, pero las dos formas de trabajo no se consideran compatibles ni comparables. Incluso hay quien, como Carla, al contrario ha abandonado la asistencia domiciliaria durante un tiempo, porque intentar conciliar los dos empleos le generaba conflictos, resultando, según sus propias palabras, una “esquizofrenia pura y dura”.

En las entrevistas, varias comadronas utilizan la metáfora de la esquizofrenia, evidentemente sin referirse a ella como a una categoría diagnóstica, sino empleándola para señalar precisamente su percepción de la inconciliabilidad entre modelos. Así Emilia, que reconoce la relevancia de estar formada sobre aspectos patológicos, ve al mismo tiempo en la centralidad de lo patológico una arma de doble filo, potencialmente muy dañina en una casa:

Entonces esto puede ser una ventaja para tú detectar con tiempo alguna patología, o que algo no vaya bien, pero puede ser una desventaja, en el momento en que ves patología en todos lados. De hecho para mi me parece *muy esquizofrénico* la comadrona que trabaja en hospital y asiste en casa, a la vez. Yo no podría. No, porque en el hospital se trabaja mucho desde el miedo, y es muy difícil llegar a la casa y quitarte estos miedos. Entonces es un arma de doble filo. Y a la hora de resolver situaciones críticas, hay [...], hay situaciones críticas en el hospital que son causadas por el propio hospital, que en casa no se dan. Entonces es normal que en el hospital aprendas a resolver situaciones críticas con unos medios que en casa no te valen, y una situación crítica en casa a lo mejor la resuelve mejor una persona que no ha trabajado en el hospital. No sé si me explico bien. [Emilia, 33 años]

Hablar del doble trabajo, en hospital y en casa, en términos de esquizofrenia subraya diferencias insalvables, que producen algo así como una disociación o un desdoblamiento en quien las vive. Estas expresiones se utilizan en la segunda tendencia mencionada, que mantiene un enfoque radicalmente distinto, que no solamente respeta la fisiología del parto cuidando lo que la favorece, sino que cuestiona y reformula todo el seguimiento del epp. Se va delineando un paradigma *totalmente* diferente, es decir, no sólo no reconducible a una mejora de la atención en el ámbito hospitalario, sino caracterizado por otro lenguaje y otras maneras. La compatibilidad o incompatibilidad de modelos y de trabajos, por tanto, se refleja en y es fruto de una particular configuración de la asistencia. Aquellas comadronas que, dentro de la denominada primera corriente, no cuestionan el “control del embarazo” establecido y recomendado a nivel sanitario, o la administración rutinaria de medicamentos en los bebés, que no promueven un conocimiento previo

minucioso, sino una relación afable matrona/madre, consiguen también gestionar con mayor facilidad su doble faceta laboral. En efecto, el diálogo con el sector hospitalario resulta extraordinariamente más fácil y más fluido si se aceptan algunas de sus reglas. De otro modo, se hace especialmente difícil la comunicación, no solamente por las posiciones que ocupan socialmente los dos modelos, en una correlación de fuerzas claramente desigual, sino porque se utilizan palabras y criterios sencillamente *no comprensibles* en un contexto hospitalario. En este sentido, quien ofrece un servicio de asistencia no contemplado en la sanidad pública, pero acepta parte de las reglas promovidas desde el sistema sanitario, se beneficia de ello en circunstancias de por sí problemáticas como son los traslados del domicilio al hospital. El trabajo simultáneo en los dos espacios de asistencia habitualmente facilita la comunicación entre profesionales y la continuidad de la atención, representando una indiscutible ventaja para las madres, si se presenta la necesidad de un cambio de lugar. Al contrario, trabajar con criterios diferentes, como se hace en la segunda tendencia mencionada (*cf. supra*, epígrafe 4.2), dificulta el diálogo y, en definitiva, impide el trabajo conjunto. A menudo, en este caso, se prefiere mentir u ocultar algunos particulares para evitar la confrontación abierta, y las matronas pueden optar por no acompañar dentro del hospital⁷⁸, aunque a veces mantengan contactos personales con profesionales que trabajan en él. No obstante, hay también quien ha ido modificando su manera de actuar, y manifiesta un considerable cambio de postura: desde la opinión de poder perjudicar a las mujeres si se permanece en el hospital, generando inevitables conflictos; a la convicción de la importancia de seguir con el apoyo, si las familias así lo requieren, aunque dejando claro que la responsabilidad de todo el trabajo ya recae en el personal hospitalario. Así, no siempre las que consideran inconciliables y hasta incomparables los dos modelos optan por rehuir toda relación con la estructura hospitalaria. Precisamente conocer el lenguaje y las reglas de otro modelo pueden ayudar a la hora de un traslado, para comunicar qué problema se ha presentado y hasta dónde se ha llegado, sabiendo qué decir y cómo decirlo:

Y yo sé que soy muy criticada, lo sé, pero ha llegado [...], estoy en un punto en el que no me afecta esta crítica. Vale, hacemos cosas diferentes, en algunos momentos me siento muy enfadada con la gente del hospital y con el hospital, pero si es por ayudar a una mujer yo puedo mantener una sonrisa y mantener la diplomacia [Emilia, 36 años].

4.5. Lenguajes

Un elemento ya subrayado a la hora de analizar materiales de archivo de la Asociación Nacer en Casa es el tipo de lenguaje utilizado para describir la actividad desarrollada. Aquí se pretende retomar las reflexiones propuestas al señalar la construcción histórica de narrativas compartidas

⁷⁸ Según diferentes informantes esta sería también la opción sugerida por la Asociación Nacer en Casa.

entre las socias de Nacer en Casa (*cf.* cap. 2). En los documentos referidos a los primeros decenios de la Asociación, correspondientes a la época de resurgimiento del parto en casa en el Estado español, ha ido emergiendo un uso cuidadoso de un lenguaje no paternalista, ni autoritario, muy crítico hacia el vocabulario biomédico aprendido y en constante construcción, a través de revisiones colectivas y encuentros periódicos.

De las conversaciones con las profesionales andaluzas, se desprende que solamente una de las dos tendencias se muestra muy atenta a los términos empleados y sigue este trabajo de deconstrucción y reinención ya descrito al analizar los orígenes de la asistencia en casa. La otra asume la terminología obstétrica común y no cuestiona el uso de una jerga biomédica en la que a menudo la figura profesional figura en el centro, como sujeto activo en el proceso procreativo.

Para subrayar cómo se manifiestan estas diferencias, se propondrán dos líneas de reflexión: una alrededor de los términos utilizados para autodefinirse, otra acerca de las maneras de referirse a la propia actividad laboral.

Hasta ahora se ha optado por utilizar indistintamente el término comadrona y matrona. Sin embargo, dentro de quien trabaja en la asistencia domiciliaria, existen planteamientos diversificados. De manera general y compartida entre ambas corrientes, se rechaza el uso del término “partera”, aplicándolo a quien no tiene formación reglada y casi siempre, por lo tanto, referido a la época anterior a la reglamentación educativa, pero también a otros lugares e incluso otros idiomas utilizados en el territorio estatal⁷⁹. Optar por el uso del término “comadrona” en lugar del oficial “matrona” se delinea, en cambio, como una elección política, que introduce nuevos matices en la diferenciación propuesta. En síntesis, podríamos ver en el uso del término matrona una aceptación de lo dado, mientras que en la predilección de comadrona un cuestionamiento de lo establecido que pasa por la reinención lingüística. En el primer caso, que se manifiesta en la primera tendencia, la cuestión de la autodenominación se liquida con pocas palabras: bien no se ve ninguna diferencia entre los dos términos y se opta por el más común matrona, bien no se ha planteado en absoluto la posibilidad de utilizar una autodefinición distinta de la que se promueve a nivel institucional y se emplea de manera generalizada. Algunas, de hecho, sostienen sencillamente que matrona es el término que se emplea en Andalucía o en el Estado español, y no ven por qué servirse de otro. No obstante, dentro de esta tendencia, hay también quien no ignora la existencia de una reflexión lingüística interna al parto en casa, pero le quita importancia, atribuyendo todo el peso

⁷⁹ En América Latina, por ejemplo, es común utilizar el término partera para ambos perfiles: con o sin formación universitaria. Se ha también mencionado, en las entrevistas, el término galego *parteira*, que igualmente incluye a las comadres “de antaño” y a las actuales matronas tituladas (se puede consultar, a este propósito, el diccionario de la Real Academia Galega: <http://academia.gal/diccionario#searchNoun.do?nounTitle=parteiro>).

a las prácticas de la asistencia.

Definirse como comadrona es producto de un proceso de reflexión y de análisis. Quien opta por esta palabra lo hace porque se identifica con su significado etimológico, pero también como una clara toma de posición. A “comadrona” se le atribuye un sentido de horizontalidad, de acompañamiento de igual a igual, a partir de su etimología latina: *cum matre*, con la madre. Decantarse por esta palabra, sin embargo, resulta un acto reivindicativo no tanto por su etimología, que refleja probablemente con mayor claridad el tipo de trabajo desenvuelto, sino porque representa una manera de desmarcarse, por un lado, de la etiqueta oficial, y por otro, de los significados que asume históricamente la palabra matrona. La expresión utilizada en el título formativo, como se ha expuesto, es la siguiente: especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Prescindir de ella es una maniobra táctica que sirve para alejarse de la perspectiva promovida desde el ámbito institucional, lo que para algunas, como Ana o Carmen, constituye más bien una aspiración, un lugar hacia el que tender. Pero “matrona” no es solamente el añadido entre paréntesis a una expresión más elaborada. Quien prefiere no emplearlo también lo asocia a una posición de poder, en su doble acepción histórica: como matrona romana, madre y esposa legalmente reconocida, con funciones de dirección en el ámbito doméstico; y como denominación utilizada para las primeras mujeres que entraron a formar parte de la Guardia Civil, y que ejercían su autoridad tanto en las aduanas como en calidad de funcionarias de prisiones. Los dos términos indicarían, en definitiva, una posición de autoridad, y de superioridad con respecto a las mujeres atendidas (y también a las que no poseen un título) o, al contrario, una igualdad, al menos teórica, de posiciones y de conocimientos. La connotación autoritaria y jerárquica es precisamente lo que se rechaza, aunque también se reconozca la importancia de adaptar el lenguaje a las personas que actúan como interlocutoras. Así, si dentro del sistema hospitalario y más en general biomédico, no se entiende una palabra, puede tener poco sentido utilizarla, o dificultar la comunicación, tanto con otras figuras profesionales, como con madres y padres. Patricia, por ejemplo, opta por autodefinirse como matrona allí donde no se comprendería un término diferente, a pesar de conocer las disputas que se han generado alrededor de esta palabra, y de haber reflexionado sobre la “carga histórica” de este vocablo:

Entonces yo me he definido mucho tiempo como comadrona, pero ahora, en el ambiente que me nuevo, que he tenido un poco que [...], que [...], como unirme un poco más al sistema convencional, porque claro, no es lo mismo ser matrona, que yo veía solamente fisiología, que ahora no, como osteópata yo veo o disfunciones o patologías, y dependiendo mucho del sistema a lo mejor para algunas pruebas, ¿no? Trabajo más interdependiente con el sistema, por así decir en algunas [...], en algunos aspectos, ¿no? Entonces dentro de este ambiente, tú dices comadrona y no entienden, entonces tienes que explicar: no, es lo mismo [...]. Entonces digo que soy matrona, pero no creo que sea tan

importante el nombre. Es importante, ¿eh? las palabras son importantes, porque tienen esta connotación, pero creo que es más cómo te sientes como profesional, que realmente dices si eres matrona o si eres comadrona [Patricia, 43 años].

Por tanto, aun en la segunda corriente identificada, caracterizada por un proceso de análisis crítico del lenguaje, se admiten unos usos estratégicos, adaptados en función de quien está delante, y según los objetivos específicos de cada caso. Conscientes de las dificultades inherentes a los cambios lingüísticos promovidos desde sectores minoritarios, estas comadronas/matronas mantienen a menudo la distinción a un nivel no explicitado, en el *sentirse* de una manera u de otra. Las escasas posibilidades de extensión de términos novedosos o simplemente poco comunes fuera de determinados circuitos que comparten el proceso de reflexión previo es por otra parte algo bastante común en los movimientos sociales, donde la reinención del lenguaje se ve fuertemente limitada por su probabilidad de entendimiento⁸⁰. Aunque la práctica del parto en casa en la actualidad se relacione muy escasamente con alguna forma de activismo organizado, aquella tendencia que se caracteriza por una actitud crítica hacia el lenguaje utilizado ha también mantenido directa o indirectamente contactos con los “inicios” de esta modalidad de atención, que sin duda podrían calificarse de activistas. Forman parte de ella comadronas que ya ejercían en los años 80 o 90 del siglo XX, como Isabel, Francisca o Patricia, o que se han formado como aprendices de éstas.

Dentro de este grupo, la labor de autocrítica y de reinención sigue, aunque tal vez de forma más aislada y menos colaborativa. Así, por ejemplo, Ernesto explica su manera de definirse en relación a la inexistencia de un correspondiente masculino para su profesión:

Me gusta más como suena comadrona, y en femenino me gusta más que en masculino, yo no me llamo comadrón ni matrón. Y creo que tiene que ver con [...], también me gusta más como suena comadrona que comadrón porque no tengo necesidad de reivindicar el masculino, y porque nunca he sentido que me hayan pisado mi masculino, y entonces no tengo esta necesidad de reivindicarlo, que no es el caso del femenino, en muchos sentidos, ¿no? [Ernesto, 36 años].

Resulta, por último, muy significativo, y prueba de su carácter inclusivo, que el término comadrona lo utilicen para nombrarse tanto personas con título de matrona como médicas y algunas mujeres que se han formado empíricamente para proporcionar atención durante el epp.

En cuanto a la segunda línea de reflexión propuesta, relativa a las maneras de referirse a la actividad desarrollada, en la primera tendencia es muy común utilizar la expresión “hacer partos”, mientras que en la segunda se rechaza abiertamente, sirviéndose de otros enunciados, como asistir y, más

⁸⁰ Algunos ejemplos podrían ser el uso del femenino genérico o de la “x” final, como manera de desmarcarse tanto del uso generalizado del masculino como del común binarismo sexo-genérico. Fuera de contextos activistas estas medidas suelen minusvalorarse o, directamente, no entenderse en absoluto.

aún, acompañar. En particular, este verbo es el que mayormente se utiliza, para subrayar unas maneras de hacer específicas, que se alejan de la práctica biomédica y que van progresivamente deslizándose de la mujer embarazada, hacia todo el núcleo familiar, al que se dirige el trabajo profesional a lo largo del proceso de epp.

“Hice el parto en casa” a una amiga, “ay, hoy no tengo ganas de hacer partos”, “si a la matrona [del hospital] no le importa que hacemos el parto, pues hacemos el parto⁸¹”, “estar haciendo tu un parto, [...] y que te venga el ginecólogo de turno [...]”, “allí también hay una compañera que hace partos en casa”. Estos son solamente algunos ejemplos, extrapolados de varias entrevistas, de los usos muy frecuentes de esta expresión, que forma parte del lenguaje común de la asistencia obstétrico-ginecológica. En ella, evidentemente, se atribuye a las figuras profesionales un rol activo en el proceso de parir.

Para Andrea, como para otras, se trata de una equivocación manifiesta, que no puede evitar remarcar de manera irónica:

¿Tú haces partos? Pues digo: no. O ¿cuántos niños has traído al mundo? Digo: una. [risas] La mía, la que yo parí [Andrea, 48 años].

La persistencia de determinadas maneras de expresarse, que parecen olvidarse de la autonomía y del protagonismo de las mujeres en el dar a luz demuestra que, a pesar de las diferencias con el modelo hospitalario, el lenguaje aprendido perdura, a no ser que se adopte una postura de revisión y crítica constante. Quien se sitúa en esta segunda tendencia intenta continuamente *devolver* el epp a quien lo está viviendo, por ejemplo, invitando a las mujeres a ponerse ellas mismas límites de tiempo cuando el parto no avanza, o a buscar sus propias respuestas a molestias particulares durante el embarazo; promueve un uso inventivo del lenguaje⁸² (cf. cap. 5); y resulta también extraordinariamente propensa a la autocrítica, especialmente a través y a partir del diálogo con las parejas posterior al parto (cf. cap. 6).

4.6. Doulas/parteras y partos sin acompañamiento profesional: opiniones y haceres

En las maneras de hacer frente a algunos temas difíciles como son la posibilidad de muerte en

⁸¹ Se refiere aquí a los casos de traslado.

⁸² Un ejemplo podría ser el uso de la expresión “salida del bebé”, en lugar de “expulsivo”, el primero implicando un papel activo en el nacimiento, el segundo no contemplando al bebé como sujeto y teniendo una connotación claramente negativa, de echar, obligar a alguien a irse de algún lugar.

partos en casa, la labor de *doulas* y parteras, y la decisión de algunas mujeres de parir en sus domicilios sin acompañamiento profesional se confirman las diferencias internas a la asistencia domiciliaria andaluza.

Sobre la manera de afrontar o evitar la muerte ya se ha expuesto la variabilidad de versiones a la hora de distinguir entre diferentes modalidades de trabajo durante el embarazo (*cf. supra*, epígrafe 4.1)⁸³. Se han presentado también, en buena medida, las diferentes posturas sobre *doulas* y parteras (*cf. cap. 3*). Sin embargo, no se ha hecho suficiente hincapié en cómo estas distintas posturas, que podrían resumirse en una aceptabilidad o inaceptabilidad de lo que resulta irrevocablemente heterodoxo, coinciden con visiones y maneras de hacer diferenciadas.

Algunas comadronas han optado por formar directamente a *doulas* y parteras, a través de un aprendizaje empírico largo y continuado, lecturas y discusiones. Coherentemente con una opinión bastante reprobatoria sobre la formación reglada, han decidido aceptar a su lado a personas sin título de matrona para que pudieran acompañar durante todo el epp con una preparación adecuada, aunque no reconocida formalmente. Es el caso de Laura, que en un primer momento no excluía seguir con la formación reglada, y el paso obligado por el sistema de Oposiciones, y que finalmente se quedó a trabajar con una comadrona experimentada. Su situación hace que no sepa cómo definirse. Suele presentarse como enfermera, ex-enfermera o directamente con su nombre, aclarando siempre empero, en las sesiones grupales con parejas, que no es una matrona. A veces admite que su perfil híbrido, de enfermera-*doula*-partera-terapeuta, simplemente no está previsto y por tanto no tiene nombre, lo que se traduce en estar amparada solamente por los acuerdos mutuos con madres y padres. De hecho, aunque nadie obligue a una mujer a dar a luz asistida por una matrona, el aprendizaje empírico y el reconocimiento colectivo no tiene ninguna validez legal, y en principio no podría dar lugar a un trabajo retribuido.

En posiciones parecidas se encuentran otras mujeres conocidas a lo largo de este proyecto, que están trabajando con comadronas, que tienen alrededor de 35 años y formación universitaria en otros sectores, que son madres y que han descubierto la importancia de y la pasión por este tipo de trabajo, pero no tienen ninguna intención de pasar por una trayectoria formativa que no comparten.

Respecto a la valoración de la formación no reglada pueden ser reveladoras las palabras de Pablo:

Teniendo en cuenta, por ejemplo, Laura de los partos en casa sabe muchísimo más que yo, y no tiene título. Entonces ella se ha formado ahí, va a tener siempre el hándicap de que no va a tener título, hasta que se lo saque, entonces claro, ella está formada en todo lo que es el mundo de la matrona solamente en una parte. Entonces claro por ahí sí que [...], digamos que solamente está formada en lo que es el *parto normal*, nunca ha atendido o ha estado en un parto con patología [...] [Pablo, 34 años].

⁸³ Se remite al siguiente capítulo para ahondar en la manera de afrontar el tema de la muerte en las clases prenatales.

Pero las competencias de las matronas están limitadas precisamente, como ellas mismas no se cansan de repetir, y como se afirma desde distintos foros, a los “partos normales”, y a saber detectar anomalías y actuar a tiempo, derivando a otros/as especialistas. En definitiva, que la autoridad para asistir a lo largo del epp dependa de un recorrido formativo reglado es principalmente una cuestión socio-cultural coyuntural, relativa a un espacio-tiempo determinado. Es así que algunas están dispuestas a reconocer una “sabiduría ancestral” en parteras de otros lugares, pero no en mujeres autodidactas cercanas. Julia es una de estas parteras autodidactas. Empezó con sus propios partos en los que la acompañaron vecinas y amigas, leyó varios libros y viajó para formarse con “parteras tradicionales” en México. Sus conocimientos no son equiparables a los de una matrona ni a los de personas que, como Laura, se han formado como aprendices de comadronas experimentadas. Su enfoque es distinto, no considera su labor en los partos una profesión ni un trabajo, sino algo que se ha venido gestando dentro de un planteamiento general de autogestión, en un contexto donde se han ido generando vínculos interpersonales fuertes, y en el que las mujeres que acuden a ella suelen estar muy seguras de parir en casa. Son mujeres que, como dirían algunas, parirían solas, pero quieren a alguien al lado que sepa un poco más, que les refuerce y apoye. Algunas de las mujeres encontradas en estos años de investigación efectivamente han prescindido de matronas, parteras o doulas, y han decidido hacerse acompañar por sus compañeros o a veces por una amiga u otra mujer que quisiese estar con ellas. Otras han accedido a acompañar a una madre en su parto. No se profundizará en sus historias, ya que evidentemente excedería las intenciones de ese texto, que pretende dar cuenta de la asistencia profesional. Simplemente se han mencionado para señalar su existencia⁸⁴ y, con ello, subrayar las diferencias entre las dos corrientes presentadas. La primera atribuye a los partos “solas” la misma locura y temeridad de las que se ven a menudo acusadas las propias comadronas de parto en casa. Los partos sin acompañamiento profesional constituyen una auténtica apostasía, en la medida en que en ellos el *ethos securitario* socialmente imperante ya no sólo se rediscute, sino que se rompe inevitablemente en mil pedazos. La segunda corriente, no obstante, acepta, al menos a un nivel discursivo, cualquier decisión tome una mujer, absteniéndose de juicios y sosteniendo que las decisiones, en este campo, no corresponden a una figura sanitaria. Por último, las diferentes posturas con respecto a parteras/doulas y mujeres que paren solas se reflejan en el diferente peso atribuido a la autogestión de la salud, que se examinará en el epígrafe que sigue a continuación.

⁸⁴ Tanto las parteras sin titulación como los partos sin acompañamiento profesionales constituyen realidades oficialmente negadas, en el primer caso por la ilegalidad del ejercicio laboral, en ambos por el fuerte estigma con el que cargan. De hecho, en los casos conocidos, a la hora de llegar al hospital para comprobar el estado de salud del bebé y obtener un certificado médico, se ha optado por presentar lo acontecido como una situación accidental en la que, por lejanía o inexperiencia, no había dado tiempo a llegar a una estructura sanitaria para dar a luz.

La resistencia a compartir conocimientos así como a igualarlos, reconociendo la misma dignidad a profesionales y profanos, expertos biomédicos y autodidactas, por tanto, no es exclusiva del modelo hospitalario de atención. Solamente algunas de las matronas entrevistadas reconocen las potencialidades de estos encuentros y su sentido transgresor. Así, las dos tendencias generales presentadas también se distinguen por la admisión/negación de otros saberes dentro de su campo profesional, que puede traducirse en contribución activa a la difusión de conocimientos especializados o, al contrario, en una defensa de una escala de valor en la que doulas, parteras y mujeres, en este orden, actúan de maneras cada vez menos aceptables y menos responsables.

4.7. La noción de salud: entre ausencia e inclusión de otras dimensiones

En los discursos de las comadronas, parir en casa se va definiendo como un derecho de las mujeres, y la atención profesional como un servicio que debería ofrecerse desde la sanidad pública. La centralidad que se atribuye a la autonomía y a la responsabilidad individual en los itinerarios de epp va asumiendo, no obstante, matices diferenciados.

Así, para la primera de las dos corrientes señaladas, la asistencia en casa se configura como parte de una asunción de responsabilidad en la gestión de la salud, enfocada a pedir servicios adecuados a las exigencias de cada una y a los estándares de otros países europeos. Para la segunda, en cambio, se relaciona con otras dimensiones vitales, en un cuadro en el que lo político no tiene tanto que ver con reformas en el sistema sanitario sino con acciones cotidianas de cambio a pequeña escala. Estas diferencias resultan a veces imperceptibles porque, entre otras cosas, todas consideran necesarias unas reformas institucionales y porque, en la práctica, el epp se relaciona *inevitablemente* con otros aspectos de la existencia. No se dan, en efecto, visiones totalmente antagónicas, pero el prevalecer de unos argumentos u otros marcan una diferencia fundamental entre posturas más reformistas y otras más rupturistas. A estas últimas, que caracterizan la segunda corriente, se dedicará gran parte de este epígrafe, por introducir elementos novedosos, que aún no han sido objeto de nuestra atención, y que se desarrollarán con mayor detalle en el siguiente capítulo. Lo que se promueve en ella es un planteamiento radicalmente crítico, que se manifiesta en al menos tres áreas, a saber: la inclusión de diversas dimensiones como parte integrante de un epp saludable y el reconocimiento de distintos niveles que contribuyen al bienestar, o visión holística de la salud; la conexión explícita del sistema biomédico con otros sistemas socialmente hegemónicos (económico-político, educativo, judicial), junto con su cuestionamiento activo; y el énfasis en la capacidad de autogestión y en la importancia del apoyo mutuo.

Con respecto a la primera área mencionada, hay quien habla de tres centros en el cuerpo: el instintivo-motor, el mental y el emocional; quien añade el término “espiritual” al conocido enfoque biopsicosocial de la OMS; o subraya la importancia de tener en cuenta los distintos niveles organizacionales en los que estamos imbricados y que son inseparables de la vivencia del epp, así como de cualquier otro momento del *continuum* salud-enfermedad. En particular, parece revelador el sentido que se le da a esta “dimensión espiritual”, que se describe como una capacidad de *conexión* consigo mismas, con las otras personas, con el bebé que está por nacer y con otros elementos de la naturaleza. Que no todo tiene explicación, que una parte de misterio es inherente a la vida misma, y que el parto “se rige por unas leyes que no conocemos” son opiniones comunes y compartidas dentro de la segunda tendencia. En palabras de Laura, por ejemplo, en un parto lo técnico ocupa solamente un “veinte y algo por ciento”. Así, las profundas conexiones entre varios elementos y la no comprensión de mucho de lo que acontece pueden considerarse características básicas de esta manera de entender lo espiritual. Se puede ciertamente sostener que tiene lugar una reintroducción de aspectos mágico-religiosos, por otra parte no del todo ausentes tampoco en la medicina científica, en un ámbito que ha sufrido de una tecnificación muy acentuada a lo largo de pocos decenios. Pero aquí lo espiritual no está escindido de la materia, del cuerpo, de la carne. Muy al contrario, en un parto la corporeidad resulta de extraordinaria relevancia. Precisamente en un contexto en el que se reducen al mínimo las intervenciones técnicas, la fuerza física, un agarre, un sostén corporal, o la firmeza en las palabras y en la mirada pueden ser lo más útil en un momento determinado.

Finalmente, esta interrelación entre las partes, identificable en muchos sistemas médicos, se conjuga con una visión procesual, según la que el estado de salud completa no existe, y depende en gran parte de la percepción de cada persona, de su capacidad para la felicidad y el gozo, más que de datos objetivos. En este sentido, una persona puede estar diagnosticada de una enfermedad, pero vivirla en modos “saludables”, readaptando modos de hacer y de estar en la cotidianidad, y como oportunidad de aprendizajes. O se puede percibir un malestar difuso, sin que esto se traduzca en un trastorno psicológico o una enfermedad concreta.

Retomar las palabras de las propias comadronas sobre la espiritualidad como dimensión a tener en cuenta para gozar de salud tal vez pueda aclarar o al menos proporcionar algunas pistas sobre lo que se entiende con ello:

Digamos la dimensión que tú [...], para mi es como la conexión que tú tienes con [...], no sé, con todo lo demás, con el mundo, con lo que tú haces en este mundo, y cómo alimentas tú esta parte espiritual, ¿no? Es decir, hay gente que [...] que yo creo que no es feliz precisamente porque no alimenta esta

parte espiritual, esta felicidad, es decir, no sé, con la música, con el arte, con la meditación, con lo que sea, alimentar ni mi mente ni mi cuerpo, es decir, mi espíritu. No sé explicarlo, es que es algo tan poco tangible, pero tú me entiendes, ¿no? lo que quiero decir [Virginia, 30 años].

En palabras de Patricia, que también insiste en la importancia de la sensación de bienestar, se configura como un camino, un trabajo personal siempre inacabado, y que conlleva todas las demás dimensiones:

Es mi visión, un poco espiritual también de la persona, si una persona ya ha acabado todo su trabajo, tiene todo colocado, ha aprendido todo lo que tenía que aprender, no es que está sana, es que está muerta, ya no está. Entonces siempre va a haber algo, a nivel físico, emocional, social, que vas a tener que estar trabajando, y esto es [...], esto es la enfermedad.

Patricia, además de introducir a una visión particular de la enfermedad, que va claramente difuminando los confines de lo que se entiende por salud, admite también que a menudo se confunde lo espiritual con una negación de necesidades corporales:

Y otra gente pues que te tienes que pelear, porque dices: a ver, que sí que está muy bien la parte espiritual del parto, está fantástica, pero esta mujer necesita a unos brazos pa apoyarse y pa empujar, y esto es físico, necesita a alguien en quién agarrarse, entonces tú no te puedes poner a meditar, o a conectarte con no sé qué, que sí, que yo creo en esto y está muy bien, pero esta mujer está pariendo y está en expulsivo. Y necesita esto [Patricia, 43 años].

En definitiva, reconocer lo espiritual en la salud, y en la vida, emerge en primer lugar como algo que puede manifestarse de distintas maneras, y que es fundamental para sentirse bien; en segundo lugar, como una noción general de persona que ve en la búsqueda del equilibrio una tarea constante y definitoria de una existencia plena; y, en tercer lugar, como un claro distanciamiento de una visión superficial de la espiritualidad que hace que sea particularmente problemático hablar de ella, por las fáciles y un poco apresuradas identificaciones con estados alterados de conciencia que negarían las necesidades corporales. Si las comadronas, especialmente en los cursos, mencionan lo espiritual como parte de la salud con cierta reticencia, que no coincide con el abierto uso que hacen de esta palabra en las conversaciones y entrevistas, puede en parte atribuirse precisamente a los deslices que frecuentemente se producen. Tanto un pasado reciente de catolicismo institucionalizado, que enseñaba a desligar lo espiritual de lo carnal, como una acogida parcial de disciplinas originadas en otros contextos culturales contribuyen a que pueda resultar bastante ambiguo hablar de espiritualidad en un parto. Se generan, al mismo tiempo, algunas contradicciones, al emplear y valorar técnicas de relajación y visualización, por ejemplo, pero criticar su abuso por parte de algunas de las familias que se acompañan. Se produce una tensión dialéctica entre uso y abuso, o entre modos considerados apropiados y otros inapropiados o no oportunos, porque se estiman

absolutamente contraproducentes en un momento determinado. En esta línea, por ejemplo, se habla de parejas incapaces de ayudar en un parto o de madres “excesivamente espirituales”. En el primer caso, precisamente el uso, por parte del padre, de medios provenientes de otros sistemas de atención, como la acupuntura, la meditación, o incluso las plantas medicinales, de las que las propias comadronas también pueden servirse, se desaprobaba, porque acababa convirtiéndose en un fin en sí. Se reproducía, así, aquella confianza en medios externos que es, al fin y al cabo, una de las características principales de los procesos de medicalización, mientras que se terminaba dando escaso espacio a aquel sostén emocional y corporal, aquel “saber estar” tan central para este modelo de asistencia. En el segundo de los casos mencionados, es una imagen etérea e idealizada del parto, del todo desligada de su corporalidad, lo que se critica duramente, y que ha podido producir mucha insatisfacción en las mujeres que la sostenían, justamente al enfrentarse a la intensa amalgama de sensaciones que suele caracterizar las experiencias de dar a luz.

Hablar de espiritualidad es, por lo tanto, algo común en la segunda corriente identificada, pero a la vez muy delicado, y que necesita de puntualizaciones, comparables a las ya revisadas para dar cuenta de un hacer intuitivo. Si la intuición no negaba la racional, aquí lo espiritual no niega lo corporal e incluso puede llegar a confundirse con éste.

Por último, su eficacia se relaciona, implícitamente, con un universo de sentido compartido. Así, por ejemplo, servirse de los sueños para indagar en la historia personal de alguien, o de la simbología energía masculina/femenina, o de un péndulo para tomar decisiones, dependerá fundamentalmente, y además que de la particular contingencia, de las costumbres y creencias de las madres y parejas. Asimismo, pueden aparecer elementos rituales para cerrar experiencias anteriores, por ejemplo, de aborto, que sirven a producir una separación y distinción del embarazo que se está viviendo.

Finalmente, es precisamente la identificación de un sentido relacional en la salud, el que abre camino a consideraciones que bien podrían definirse políticas. Así, hay quien, hablando directamente de un enfoque biopsicosocialespiritual, incide en las inevitables interdependencias, denunciando la falacia de una salud meramente individual:

[la salud] es *relacional*. O sea en la salud no estamos separados los unos de los otros, somos una red, entonces no se puede contemplar mi salud a nivel individual, sin tener en cuenta las personas, mi familia, por ejemplo, que sería el siguiente nivel de organización. Hay una salud familiar, hay una salud comunitaria, hay una salud de un pueblo, hay una salud de un tipo de sociedad y hay una salud planetaria. Y todo está entramado, no es como mi salud. Esto no existe [Ernesto, 36 años].

En algunos casos, las comparaciones entre la visión biomédica normativa del epp y de la primera

infancia y el contexto sociocultural más amplio en el que se inserta se hacen explícitas. Nos adentramos, así, en la segunda de las tres áreas mencionadas para ilustrar el tipo de planteamientos que se dan en esta corriente⁸⁵. Francisca, por ejemplo, relaciona el sistema sanitario con el educativo, el judicial y el político, puesto que todos coartan la autonomía personal:

Si tu quieres un tipo de no agresión y de respeto hacia tu vida, hacia tu cuerpo y hacia tal, pues quieres para tu hijo también otra cosa. Y el sistema de educación es muy parecido al sistema sanitario, y a lo judicial y al político, es decir hay [...], son unos grandes sistemas que no dejan hacer un desarrollo de la persona en sí mismo [Francisca, 53 años].

Si hoy el parto en casa no se relaciona como antaño con movimientos sociales organizados como el feminismo, el antimilitarismo y la no violencia⁸⁶, esto no quiere decir que se haya necesariamente perdido el sentido político de esta práctica. Desde esta perspectiva, se sigue fomentando la autogestión, compartiendo, por ejemplo, conocimientos biomédicos con sectores legos, y la creación de redes de apoyo mutuo, cuya necesidad se hace patente en el común aislamiento del posparto (*cf.* capítulos siguientes). Es ésta la tercera de las áreas señaladas.

Emilia habla de cambios en pequeños círculos, en el que el parto en casa es parte, muy a menudo, de un recorrido previo de cuestionamientos y decisiones a contracorriente sobre, por ejemplo, la alimentación o la salud. Para ella, una vida saludable solamente puede darse dentro de un contexto comunitario en el que se evita activamente contagiarse con miedos socialmente enraizados. Se prescinde, así, de la centralidad cultural del riesgo, tratando de construir redes comunitarias que no se fundamenten en un *ethos securitario*. Al reflexionar sobre ello, pasa de su posición como profesional a insistir en sus preferencias y convicciones personales para la vida:

Porque además esta es mi visión como profesional y mi visión personal, en lo que yo creo y me gustaría tender, es crear una comunidad. [...] El miedo tiene mucha fuerza y es muy contagioso, pero en una comunidad en la que se crece en salud y se habla de salud, es más difícil ser contaminado por el miedo [Emilia, 36 años].

Este tipo de reflexiones, que trascienden ampliamente el periodo de epp, están del todo ausentes en una parte de la asistencia domiciliaria, la que correspondería a la primera corriente y que se limita más estrictamente a su parcela de trabajo, no pretendiendo generar en el acompañamiento al epp, al menos no de manera activa y voluntaria, un cuestionamiento profundo en múltiples aspectos vitales,

⁸⁵ A saber, la conexión explícita del sistema biomédico con otros sistemas socialmente hegemónicos.

⁸⁶ Para la actualidad, efectivamente, las reivindicaciones del asociacionismo usuario o profesional no se insertan en el cuadro de movimientos más amplios. Cabe mencionar, además, que la vinculación explícita con determinados movimientos, referida a los orígenes del parto en casa, se produce solamente en la segunda tendencia, por experiencia directa o indirecta en ellos (*cf. supra*, epígrafe 5.5).

enmarcados en un contexto sociocultural, político y económico específico. En efecto, las perspectivas subrayadas en este apartado van claramente más allá del papel oficialmente asignado a las matronas, en base a una especialización profesional y una parcelación del ámbito de la salud. Aunque sigan ocupándose de “partos normales”, en la segunda corriente lo hacen de una manera que abarca, tanto en la organización del trabajo, como en el lenguaje utilizado, y en sus visiones abiertamente de ruptura, mucho más de las funciones previstas para ellas.

4.8. El papel de la evidencia científica en la defensa del parto en casa

Una manera ulterior de diferenciar las posturas internas a la asistencia domiciliaria consiste en analizar los discursos que se utilizan a la hora de defender la validez de esta práctica. Lo que se pretende es mostrar cómo, una vez más, es posible identificar, de manera aproximativa, dos principales líneas argumentales, que encajan con las dos tendencias que se han ido remarcando hasta ahora.

Por un lado prevalecen los discursos de la evidencia científica, de los derechos como usuarias, de la responsabilidad individual y de la fisiología “normal” del epp, que retoman las posturas más oficiales de asociaciones de matronas⁸⁷. Por otro lado, se prefiere utilizar otros términos. En primer lugar, se cuestiona abiertamente la recurrencia continua y la prioridad atribuida a la evidencia científica, sosteniendo que no todo está demostrado ni todo se puede medir. En segundo lugar, se insiste en un posicionamiento y una toma de poder de las mujeres, que se considera potencialmente transformadora, y que va más allá de la mera petición de un servicio, aunque no la excluya. En tercer lugar, se pasa de una responsabilización individual a un fomento de las interdependencias, del trabajo grupal y del apoyo mutuo. En cuarto y último lugar, los aspectos fisiológicos ocupan una parte mínima, en la medida en que intervienen otras dimensiones, en una visión bastante compleja de todo el proceso.

A continuación, se propondrá reflexionar sobre el distinto lugar que ocupa la evidencia científica como emblemático de estas dos líneas argumentales, y puesto que los otros motivos han sido en gran parte ya afrontados en las precedentes secciones, y se retomarán desde otra perspectiva en el siguiente capítulo. Se considera, además, especialmente relevante centrarse en este tema por el peso

⁸⁷ Como se ha señalado, recientemente y después de algunas iniciativas de asociaciones profesionales autonómicas, la FAME se ha pronunciado, aunque en fechas no muy favorables (su comunicado fue lanzado en pleno agosto, en un momento de parálisis de muchas actividades laborales, y más en general, de escasa atención mediática) en favor de la cobertura pública de la asistencia domiciliaria. Su principal argumento, aunque aparezcan también otros como los derechos de las mujeres y los costes no elevados del servicio, es el sostén de la evidencia científica para esta práctica, en embarazos de bajo riesgo y siempre con la supervisión profesional.

creciente que se le atribuye a nivel social e institucional. Si se tuviese que hacer un balance general, en el contexto del Estado español son ciertamente los discursos de la evidencia científica, aunque a veces contradictorios, y a menudo fundamentados en estudios que en realidad no llegan a conclusiones tajantes, los que van ganando terreno (*cf.* cap. 3).

Dentro de la asistencia domiciliaria en Andalucía, la que se ha venido en llamar primera tendencia apela continuamente al sostén de la “evidencia”, raramente mencionando autores o artículos concretos, y citando más bien guías de práctica clínica de otros países europeos⁸⁸ y recomendaciones internacionales. Aunque se admita la ausencia de consenso sobre algunas cuestiones, como por ejemplo sobre el manejo expectante o activo en el alumbramiento de la placenta, se respalda la práctica de la asistencia domiciliaria principalmente haciendo referencia a lo científicamente demostrado. En la segunda corriente, en cambio, se considera claramente insuficiente, a menudo ambiguo, cuando no directamente perjudicial recurrir constantemente a una supuesta evidencia científica, como a un dogma de fe no discutible y no sujeto a cambios.

Así, hay quien, como Emilia, sostiene la importancia enorme de las vivencias, en un cuadro en que las posiciones expertas resultan enormemente contradictorias. No solamente se hablan lenguajes diferentes, sino que se subrayan las ambivalencias internas al mismo lenguaje biomédico. No admitir cierta indefinición, o que no todo está científicamente demostrado, junto a la efectiva imposibilidad de “medir todo”, constituye una de las críticas de fondo al modelo hospitalario⁸⁹ pero también, implícitamente, a cuantas intentan fundamentar sus prácticas en el resbaladizo terreno de la evidencia científica.

Un ejemplo que va en este sentido, y es emblemático de la primera tendencia, podría ser el de Alice, que se muestra molesta frente a muchas de las preguntas sobre criterios concretos en el epp, ya que se corresponderían a “lo que dice la evidencia”. Es esta última la que se presenta como una contribución fundamental a los requerimientos de los movimientos de mujeres, además de un importante recurso para que el personal sanitario las apoyara:

Pues empezó este movimiento por las mujeres más que los sanitarios, pero yo creo que también empezó a salir la evidencia a la vez, para apoyar lo que estaban diciendo las mujeres, ¿no? [Alice, 42 años].

Pero la evidencia científica, tal y como se ha señalado, no se corresponde necesariamente y siempre con lo que piden las mujeres. La aproximación de la primera tendencia a los enfoques humanísticos

⁸⁸ En particular, se menciona a menudo la del Reino Unido, del NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*)

⁸⁹ Crítica que, no está demás recordarlo, ya se dio en los inicios del parto en casa en el Estado español.

en la atención deviene manifiesta precisamente en el recurso constante y central al discurso de la evidencia, cuyos límites han sido objeto de análisis (*cf.* cap. 3).

Aunque se comparta una base común, por tanto, la segunda corriente se demuestra más politizada, por acogerse también a otros argumentos, y por promover prácticas rompedoras y potencialmente transformadoras, a través de sus intentos integradores, su crítica a un pensamiento cada vez más parcelado, su impulso a la autogestión, a relaciones de horizontalidad, y al cuestionamiento de lo normativo. El siguiente capítulo se dedica precisamente a ahondar en estos aspectos.

V. La preparación al parto como proceso deconstructivo y mayéutico

Reproductive politics is in large part about language and the contestation of meanings.
(Petchesky 1995: 387)

Los encuentros a lo largo del embarazo, habitualmente definidos como clases de “preparación al parto”, constituyen una parte fundamental del trabajo de las comadronas, en la segunda corriente identificada en el capítulo anterior. En ellos emergen las características y dificultades generales inherentes a la atención domiciliaria, a través del diálogo entre personas que coordinan y que participan, revelándose un espacio de observación inmejorable para los objetivos de esta investigación. Pero sobre todo estos encuentros se dan en aquella segunda tendencia que, como se ha señalado, muestra cierta continuidad con los planteamientos de los años 70 y 80 del siglo pasado y, con ello, también una mayor distancia respecto a la práctica hospitalaria, ofreciendo una oportunidad única para repensar el enfoque biomédico al epp. Es por este motivo que se ha decidido ahondar en sus aportaciones, analizando cómo se manifiestan en la interacción entre comadronas y parejas asistentes a los cursos prenatales. El enorme interés de estas sesiones grupales estriba, por un lado, en su capacidad de deconstruir determinados elementos culturales relativos a la visión del epp provenientes a menudo, aunque no siempre, del ámbito biomédico. Por otro lado, las metodologías utilizadas en ellas contribuyen a una construcción dialógica y colectiva de respuestas y alternativas.

Esta bidimensionalidad emerge como clave de lectura general, reconociendo en el contenido y en las formas de estos cursos unas maneras de ir cuestionando, a través de una actitud de genuina sospecha, todo lo establecido en los procedimientos sanitarios rutinarios, así como algunas ideas y prácticas comunes. Desde una perspectiva que recuerda el método socrático, se visibiliza la arbitrariedad de ideas y valores asumidos como verdaderos (es decir, se descubre su carácter de construcción sociocultural e histórica) y se invita, a través de preguntas y provocaciones, a buscar cada cual sus soluciones. En filosofía, se define mayéutica al uso del diálogo entre maestro y discípulo para llegar al descubrimiento de la verdad. Da la casualidad de que su etimología alude precisamente al arte obstétrico (del griego *μαιευτική*), al que se aplicaría, probablemente a partir de Sócrates, un sentido simbólico metafórico. La persona que enseña no propone un conocimiento ya formado y definitivo, sino que su tarea consiste en ayudar a dar a luz al conocimiento, a través de preguntas y respuestas, que invitan a reformulaciones y a una búsqueda constante y autónoma. El

paralelismo no deja de ser revelador y, en el caso analizado, válido tanto en un sentido material, de apoyo psicofísico durante el momento eminentemente corporal del parto, como simbólico, de ayudar a que se generen conocimientos y, con ello, posicionamientos. Se reconoce, de este modo, la validez del conocimiento materno, y más en general “lego”, junto con las potencialidades que ofrece la interpretación del “lenguaje corporal”, el descubrimiento de sus significados latentes. Aunque el método utilizado por las comadronas no pretende llegar a conclusiones definitivas ni válidas para todas y no se da propiamente una confrontación dialéctica entre dos personas, sino discusiones de grupo, las finalidades pueden considerarse muy parecidas. El diálogo propuesto en las clases, las técnicas de “devolver siempre la pelota”, sin proporcionar casi nunca respuestas unívocas, lleva a una potenciación de las capacidades críticas y creativas, impulsa a una implicación activa, y se traduce en un esfuerzo por “hacer nacer”, en definitiva, personas adultas más autónomas, además de bebés más respetados. Se está, por tanto, en un ejercicio constante de construcción de una vida saludable y satisfactoria, para lo que es fundamental dudar de axiomas y verdades universales. Prácticas biomédicas utilizadas hace unas décadas y hoy reconocidas como dañinas, como el uso de determinados fármacos¹ o de radiografías en el embarazo, algunas criticadas por organismos internacionales como la monitorización continua en el parto, la episiotomía o las tasas muy elevadas de cesáreas, o muy poco cuestionadas como las pruebas en el embarazo o las vacunas, devienen un óptimo pretexto para pensar, discutir, posicionarse.

El paralelismo con el método socrático, parece, en definitiva, extraordinariamente pertinente, tanto en su función de desmontaje de prejuicios como en el complementario trabajo mayéutico. Adquiere, además, especial atractivo por su ambivalencia, en un campo en el que se dan, efectivamente, nacimientos de nuevos seres humanos.

Los apartados que siguen se dedican a profundizar en cómo se lleva a cabo esta labor, a partir del trabajo de observación desarrollado entre 2013 y 2015 en un centro que ofrece asistencia domiciliaria. Este centro es el de más larga trayectoria en Andalucía, con equipos que dan seguimiento a lo largo de todo el epp; ha ofrecido formación a otras matronas que, en algunos casos, han ido constituyendo nuevos núcleos en el territorio autonómico; y se caracteriza por tener cierta estabilidad y continuidad a lo largo del año, con grupos prácticamente todos los meses. La participación en algunos de estos grupos (4 de preparación y uno de posparto), en dos de ellos de manera continuada, y utilizando también casi siempre un soporte de audio, ha proporcionado informaciones bastante detalladas no solamente sobre los temas tratados, los objetivos y las visiones

¹ Se menciona, por ejemplo, el conocido caso de las malformaciones producidas por la talidomida, un calmante utilizado para las náuseas en el embarazo a finales de los años 50 del siglo XX.

que se desprenden de determinadas prácticas, sino también sobre las posibles diferencias entre grupos, necesidades e inquietudes. Parte del desarrollo de las sesiones depende, en efecto, de las dudas e intereses de las personas presentes, de si se trata para todas de primeros partos o han tenido experiencias previas, del número de parejas (y por lo tanto de mayor o menor variabilidad, mayor o menor disponibilidad de tiempo para cada cual) y, evidentemente, de personalidades y caracteres. Se crea, en relativamente pocos encuentros, una evidente cohesión grupal y, al mismo tiempo, una serie de roles a veces bastante claros, otras veces más intercambiables, entre quien agrega un toque de humor a los argumentos tratados, quien formula constantemente preguntas, quien se encarga de provocar, aportando otros puntos de vista, y quien se muestra más tímida/o, e interviene casi sólo para responder a las comadronas. El papel de éstas como coordinadoras y dinamizadoras, fuentes de informaciones y generadoras de reflexiones y debates resulta en todo caso fundamental, y en él se incide a lo largo del capítulo.

En primer lugar, se describirá el contenido y la estructuración de los encuentros, las metodologías empleadas y algunas características del espacio y de los grupos (epígrafe 1). En segundo lugar, se hará hincapié en las maneras de fomentar una actitud crítica y una búsqueda de respuestas acordes a las necesidades, los deseos y las historias personales. Para ello, se utilizarán cinco secciones diferenciadas. Una primera (epígrafe 2) se dedica a analizar el cuestionamiento de algunas prácticas biomédicas y de la visión específica de la salud en la que éstas se sustentan. Se analizan, en concreto, tres bloques temáticos habitualmente afrontados en los grupos, por iniciativa bien de las comadronas bien de alguna persona participante: el denominado “control del embarazo” previsto por las instituciones sanitarias a lo largo de la gestación, los protocolos hospitalarios para el nacimiento y el calendario de vacunación infantil. Una segunda (epígrafe 3) se centra en la producción de críticas más generales, que parten de una interpretación determinada del embarazo, del parto y del posparto, para generar reflexiones de más amplio calado, que ponen en duda algunas asentadas prioridades socioculturales en nuestro marco societario. Una tercera (epígrafe 4) se dirige a un análisis del uso resignificado de algunos conceptos y recomendaciones provenientes del ámbito biomédico: los factores de salud y el enfoque biopsicosocial, la alimentación en el embarazo, la noción de normalidad, las complicaciones en el parto y las muertes perinatales. Subrayar los procesos de atribución de otros significados a términos de uso común permite evidenciar cómo se parte de algunas bases compartidas con la biomedicina, pero al mismo tiempo se trascienden para dar lugar a nuevas elaboraciones. Precisamente a la explicación de algunos conocimientos técnicos de la obstetricia se dedica una cuarta parte (epígrafe 5), en la que se incide en el objetivo de estos cursos de proporcionar herramientas para la autonomía, a través de informaciones, del manejo de

algunos utensilios y, por último, la sugerencia y discusión de posibilidades estratégicas en la relación tanto con familiares como con los servicios sanitarios. Finalmente, en una quinta sección (epígrafe 6), se muestran los procedimientos de autodiagnóstico que se dan en los grupos mediante preguntas personales formuladas por las comadronas, pistas y propuestas colectivas. Se hace hincapié, asimismo, en la importancia de la discusión para ir afinando conceptos y para que se produzcan reflexiones y respuestas complejas a problemas frecuentes en el epp.

A modo de cierre del capítulo se propondrá reflexionar, en un último epígrafe (epígrafe 7), sobre el potencial transformador de los encuentros analizados.

1. Características generales de la preparación

La denominada “preparación al parto” comprende, en realidad, tanto cuestiones ligadas al periodo del embarazo, como aspectos relativos al posparto y a la crianza. Se divide en 12 sesiones, de frecuencia semanal, de dos horas cada una y que se intentan dar en el último trimestre del embarazo. Las sesiones están organizadas en tres bloques diferentes, correspondientes a las fases del epp, y divididas cada una en cuatro ejes temáticos. El primer bloque, dedicado al embarazo, trata los siguientes temas: presentación de las personas participantes (nombres, motivos, si se trata de un primer hijo/a o no, pruebas y analíticas efectuadas); desarrollo intrauterino (según semanas, incluyendo reflexiones sobre los sentidos del bebé, las posibilidades de contacto y cómo cuidar de él); factores de salud y cambios experimentados; pautas de alimentación. El segundo, centrado en el parto, se divide en inicios o pródromos; trabajo de parto (dilatación y contracciones); salida del bebé (necesidades, cuidados, protocolos hospitalarios) y de la placenta; miedos y complicaciones. Por último, el tercero, se dedica a los primeros momentos con el bebé (establecimiento de la lactancia y consejos prácticos); al desmontaje de creencias difundidas y la explicación de posibles complicaciones en la lactancia; al proceso de adaptación familiar y a las necesidades en el posparto; y a la revisión y discusión de las vacunas previstas para recién nacidos.

Como se podrá comprobar, se ha optado por no desarrollar un análisis pormenorizado de cada sesión, ni seguir un sentido cronológico, sino seleccionar aquellas que muestran con mayor claridad las mencionadas funciones deconstructivas y mayéuticas, que por otra parte es posible identificar, en mayor o menor medida, en cualquiera de los encuentros. El contenido que se acaba de presentar es, además, algo aproximado, pudiendo ir cambiando en función de las necesidades. Es posible, por ejemplo, que un mismo tema se prolongue a lo largo de dos encuentros, o que se dedique mucho más espacio a dudas, preguntas y a compartir experiencias, que a las informaciones previstas para el día. Se suele además mover una de las sesiones para después de los partos, de manera que el grupo

vuelve a encontrarse, contando las experiencias vividas en el nacimiento. En este reencuentro de posparto, en el que están presentes todos los bebés, padres y madres adquieren total protagonismo, el clima es festivo, la duración es más larga, y las comadronas solamente facilitan el desarrollo de los relatos, y responden a algunas preguntas.

En cuanto a la estructuración de las sesiones, en cada una se empieza con una ronda de dudas y preguntas, y a menudo también invitando a que cada participante exprese cómo se siente, para después pasar a un tema concreto, y cerrar con alguna dinámica de pareja o de grupo. Así, por ejemplo, a partir de un dolor, una molestia o un problema de una de las mujeres, se puede debatir sobre cómo solucionarlo, compartir consejos y estrategias o solicitar sugerencias a las comadronas, que normalmente esperan a que salgan propuestas de las demás. O, aprovechando una duda sobre una prueba concreta o sobre la necesidad de un tratamiento es posible que se adelanten algunas cuestiones que en principio se tratarían en una fase más avanzada del curso. O si alguien ha visitado algún hospital y entregado un plan de parto es muy probable que se de más espacio a este tema, a describir impresiones sobre el lugar y el personal, a comentar algo sobre el contenido del plan de parto, su utilidad o la modalidad de recepción en un centro determinado. Así, la “preparación” sirve de pretexto para el encuentro entre personas que están atravesando un momento vital similar, que eligen opciones socialmente marginalizadas, y que por lo tanto valoran especialmente sentirse “entre pares”, no tener que justificarse, poder expresarse libremente dentro de un espacio de confianza, y reafirmarse en las decisiones tomadas.

Las herramientas teórico-prácticas que se ofrecen son numerosas y variables. Se mencionan, además, distintas teorías en las que no da tiempo profundizar y que no siempre las comadronas comparten del todo (por ejemplo, la haptonomía, la “nueva medicina” de Hammer, la biodescodificación, el rebirthing, la musicoterapia en el embarazo). Esto permite invitar a que cada cual profundice en lo que considera más interesante o útil. Asimismo, las informaciones proporcionadas se presentan como instrumentos a utilizar o desechar, según circunstancias y según lo que parezca más oportuno:

Y lo que no necesitáis, lo dejáis, lo olvidáis y muy bien, esto es fantástico también
[Francisca, audio Grupo A, última sesión].

Los encuentros tienen lugar en una sala no muy grande y alargada, pintada en un tono cálido y repleta de colchonetas distribuidas a lo largo de las paredes, sobre las que yacen cojines de diferentes tamaños. La misma estructuración del espacio, no especialmente cómoda: colchonetas que resbalan en el suelo de madera, molestias lumbares de algunas y dificultades de movimiento a medida que va avanzado el embarazo, favorece sin embargo la intimidad, la horizontalidad y la no

compostura. Al tratarse de un espacio pequeño y muy sencillo, las personas están obligadas a la cercanía física y se ve muy facilitado el contacto visual. Al no haber desniveles (escalones, sillas o mesas) la horizontalidad de las relaciones deviene más sencilla. Al estar sentadas en el suelo, sin zapatos y con ropa cómoda, las personas se ven casi forzadas a cambios posturales continuos, a olvidarse de las “buenas maneras” y a jugar con los medios a disposición para moverse, tumbarse o semi-tumbarse.

El único objeto ornamental es un pequeño corcho con fotografías de bebés, acompañadas en algunos casos por el agradecimiento de sus madres y padres. No hay ningún mueble o accesorio, a excepción de un perchero y algunos estantes con los pocos objetos que se utilizan. Una de las paredes está ocupada por una pizarra, en la que es posible escribir estando sentada en el suelo. Entre los materiales empleados se encuentran una pelvis de tela, algunos muñecos, un medio esqueleto (de caderas hacia abajo), bolígrafos, rotuladores y papeles, y un par de libros (uno de fotos de partos en casa, otro con imágenes tridimensionales del desarrollo fetal, del útero y de la vagina). A ellos se añade un aparato estéreo y algunos objetos para la primera infancia: pañales de tela, sacaleches, pañuelos portabebés y otros, cuyo uso se explica en una de las últimas sesiones.

En particular, las muñecas se utilizan para mostrar los movimientos y rotaciones del bebé al bajar por el canal de parto. La salida por la apertura vaginal se realiza con el auxilio del esqueleto, de la pelvis, de un jersey o de las propias manos. Las fotos ayudan a visibilizar una multiplicidad de situaciones posibles, desde bolsas amnióticas íntegras a partos en el agua a las diversas opciones posturales, mientras que el libro de dibujos facilita la comprensión de cambios fisiológicos y términos técnicos. Pero en gran parte de las clases solamente se utiliza la pizarra, en la que se reproducen esquemas, lluvias de ideas o dibujos. El propio cuerpo de las “maestras”, por último, se utiliza para escenificar momentos del parto o situaciones posibles, para acompañar explicaciones o relatos de experiencias previas. Finalmente, algunos accesorios, como la pelvis de tela, no sirven tanto como una figuración anatómica, sino como apoyo en algunas dinámicas, en las que se lanza de unas personas a otras para ceder el turno de palabra.

La sesión suele terminar con una relajación o visualización guiada, acompañada o no por música, o con dinámicas de pareja o de grupo. Algunas de ellas se describirán a lo largo del capítulo. Por lo general, podría sostenerse que ayudan al conocimiento mutuo, a profundizar en algunos temas, a meterse en papeles o situaciones probables, a entender de manera corporal, por ejemplo, la relación entre respiración y apertura de la vagina, o la importancia de confiar en el apoyo de otras personas. Las técnicas corporales y vivenciales, a las que siguen comentarios y reflexiones, dan lugar a un tipo de conocimiento experiencial, y enriquecen relaciones y debates. Aquí el protagonismo corporal tiene poco que ver con ejercicios o con un entrenamiento de la respiración, no se trata de

una preparación física, ni se utilizan proyecciones vídeos o fotocopias y resúmenes. Se rehuye, en definitiva, de simplificaciones, soluciones pre-establecidas y metodologías directivas. El ejercicio físico, el visionado de vídeos y las lecturas se dejan a las preferencias de cada una. Se sugiere, sin embargo, una variada bibliografía, según los argumentos tratados o las necesidades detectadas, aunque el intercambio de informaciones sobre libros o páginas web de interés es a menudo iniciativa directa de madres, y más raramente de padres.

Una parte del trabajo, además, no se desarrolla directamente en la sala. Se piden algunos “deberes” para casa, se entrega un listado de materiales necesarios para el parto y un cuestionario para que cada pareja lo lea y vaya contestando a las preguntas (*cf.* cap. 4). A ellos se añade, eventualmente, la invitación a poner por escrito miedos relativos al epp o a redactar cartas dirigidas al futuro hijo/a u otras tareas parecidas, que facilitan la introspección y que normalmente vuelven a retomarse en los posteriores encuentros grupales. A este propósito, un padre notó con cierto estupor que necesitaba de un marco estructurado para pararse a pensar veinte minutos seguidos en su hija. Y en efecto, las propias comadronas afirman que muy probablemente, si el parto no hubiese desaparecido de la vida social, siendo reducido a algo fastidioso pero en el fondo rápido y facilitado por la técnica y la profesionalidad biomédica, no haría falta ningún tipo de preparación previa en la que detenerse a pensar.

El grupo es también un espacio emotivo, en el que se expresan preocupaciones, angustias, alegrías, sorpresa, lágrimas y risas, fuerzas y debilidades. La pregunta aparentemente ingenua sobre el estado psicofísico, relacional o anímico de cada una, el sencillo y a veces aburrido “¿cómo estáis?”, no es una pregunta de conveniencia o una manera de saludar. Una de las comadronas hace a menudo hincapié en que “no vale decir bien”, es decir, no sirven respuestas rápidas, ya que el objetivo es reconocer sensaciones y emociones y, sobre todo, saber comunicarlas, lo que adquiere especial importancia en el delicado y bastante desconocido periodo del posparto.

A lo largo de la preparación, las personas integrantes se van conociendo y adquieren mayor desenvoltura, perdiendo la común inhibición inicial y llegando a compartir partes muy personales de sus vidas. A menudo, además, se mantienen también en contacto entre ellas² fuera del ámbito formativo-terapéutico de los encuentros.

Finalmente, además de espacios emotivos y de confianza, los grupos de preparación son frecuentemente “espacios irónicos”. La ironía emerge como potente herramienta de crítica, como elemento aglutinante y como maravilloso aderezo de explicaciones y reflexiones. A pesar de la

² En 2015 se empiezan a crear grupos de whatsapp desde el principio de las sesiones para intercambiar informaciones, fotos, consejos u opiniones.

duración y del contenido a veces más denso, y aunque el interés pueda variar en función del argumento tratado, la atmósfera relajada y distendida, las teatralizaciones de las comadronas y las habituales carcajadas hacen por lo general muy llevaderas las sesiones. Es así que algunas mujeres, y muy especialmente las que han estado también en los cursos ofertados por algún centro de salud, o las que no tienen el apoyo de un entorno favorable al parto en casa esperan con ganas el día semanal de reunión. Y valoran particularmente los aspectos metodológicos, reconociendo en ellos tal vez las mayores diferencias con los cursos de la sanidad pública:

Por ejemplo la parte esta pedagógica, solamente desde esta parte formal no tiene nada que ver [con respecto a los cursos del centro de salud], me parece que están muy bien planteadas las clases, de que sea una participación, ¿no? no sé si es algo que hacen voluntariamente o es su forma de ser, de Francisca y de Laura que entienden que todos participamos y que no hay un gurú que enseña a los demás, sino que aprendemos unos de los otros, y este aprendizaje cooperativo creo que es lo mejor [Inma, 36 años].

Lo que puede parecer “una forma de ser”, y sin duda tiene parte de relación con actitudes e inquietudes personales, es fruto de un recorrido muy largo, de progresivas readaptaciones respecto a un modo de organizar la atención que se origina hace alrededor de treinta años. No cambian, en el fondo, las bases metodológicas ni el enfoque general que se han podido rastrear en documentos de los años 80 o en entrevistas a algunas “veteranas” del parto en casa (*cf.* cap. 2). Sí cambian algunas técnicas, provenientes de un bagaje formativo ampliado a lo largo de los años y adecuadas a nuevos contextos y nuevas necesidades. Lo que en apariencia es un fluir espontáneo, según algunas sin ningún temario establecido, se parece más a unos formatos semi-estructurados, según un lenguaje perfectamente comprensible en antropología. Se procede, así, según un guión de bloques temáticos cuyo tratamiento no es necesariamente lineal ni del todo cerrado. La riqueza de estos encuentros se debe, de hecho, en buena medida, al empleo de metodologías dialógicas y participativas.

Se parte siempre de lo que el grupo ya sabe y sin excluir nada de lo que sale de aportaciones personales. Las respuestas a preguntas de las comadronas sobre un tema específico se apuntan en una pizarra o se deja que cada uno/a las vaya escribiendo en un papel continuo. Sucesivamente se va añadiendo, profundizando o comentando. Preguntas del tipo ¿cuánto creéis que dura un parto? ¿cómo empieza un parto? ¿qué se hace a un bebé en un hospital? ¿qué es la teta? ¿por qué lloran los bebés? sirven para: introducir la descripción teórica de un parto, los tiempos medios calculados en obstetricia, junto con la referencia a experiencias concretas que desmontan tanto teorías especializadas como creencias comunes que igualan un buen parto a un parto corto; recordar las señales de inicio y tranquilizar a las que piensan que no se darán cuenta o no sabrán cuándo llamar a la comadrona o ir al hospital; tratar los protocolos hospitalarios para recién nacidos; debatir sobre

las funciones no exclusivamente nutricionales de la lactancia; o pensar en el llanto infantil como en un lenguaje que se irá comprendiendo poco a poco.

Resumiendo, se abordan la fisiología y anatomía en el epp; miedos, problemas y complicaciones posibles, y cómo afrontarlas; los protocolos hospitalarios, con un análisis de pros y contras; los factores de salud. Sin embargo, los métodos utilizados y la misma variabilidad de los grupos contribuyen a alteraciones de contenido.

Se dan, no obstante, ciertas características comunes entre un grupo y otro. Suelen acudir parejas de madres y padres³, aunque a veces esté solamente uno de los dos componentes (en un par de casos sirviéndose de grabaciones audio para compartirlas con el otro o la otra que no podía estar presente). La gran mayoría proviene de algún lugar del Estado español y, en menor medida, de otros países europeos⁴ o de países latinoamericanos⁵. Los perfiles sociolaborales, como se ha señalado al principio (*cf.* cap. 1), pueden ser muy diversos. En algunos grupos prevalecen con creces las que quieren parir en casa, en otros se dan proporciones muy similares entre quienes quieren dar a luz en sus domicilios y quienes en un hospital. De hecho, hay también quien se acerca principalmente para conseguir mayores informaciones, casi siempre motivado por la experiencia de personas cercanas.

En relación a las diferencias entre un grupo y otro, las que se observan entre los dos grupos que han sido seguidos de manera continuada⁶ pueden ser ilustrativas de la señalada variabilidad. En el primer grupo, compuesto por unas diez parejas (probablemente el aforo máximo de la sala), había una mujer en su segundo embarazo y otra en el tercero, tres pensaban parir en hospital y al menos dos no lo tenían claro. En el segundo grupo había un número más reducido de parejas⁷, todas a la espera de un primer hijo/a, y solamente una terminó por no optar por un parto domiciliario, aunque su preferencia se dirigiese más a otro tipo de estructuras, como una casa de partos, que a un hospital propiamente dicho. En el primero, además de la diferencia en las intervenciones, ya que la presencia de parejas que ya habían tenido hijos/as biológicos/as producía cierto interés por sus experiencias previas de epp, emergió una especial preocupación por las prácticas biomédicas y hospitalarias, siendo muchas de las preguntas, opiniones y comentarios referidos al entorno clínico, a estructuras existentes, protocolos y derechos de las usuarias. Las comadronas, por tanto, dieron más espacio a explicaciones sobre los procedimientos hospitalarios estándares y dejaron que se intercambiara

³ Los cursos están dirigidos tanto a madres como padres, y se insiste en la importancia de que estén presentes ambos. En los que he presenciado, solamente en un caso había una madre soltera, y las parejas eran siempre heterosexuales.

⁴ Alemania, Italia, Reino Unido.

⁵ Uruguay, Colombia, Brasil.

⁶ Se hará referencia a ellos como Grupo A y Grupo B. En el caso de utilizarse audio y notas referidas a otros grupos, se emplearán otras letras.

⁷ Inicialmente seis, y después de algunas sesiones se incorporó otra más.

informaciones sobre hospitales y profesionales particulares, o que se aprovechara el momento de encuentro para organizar visitas a algunos centros. En el segundo grupo, en cambio, se formularon muchas preguntas relativas a prácticas muy concretas de la asistencia domiciliaria, al quehacer de las comadronas, a cómo solucionan cuestiones particulares. En éste, además, la participación de los futuros padres fue bastante más significativa, mostrándose por lo general muy atentos: uno de ellos formulaba preguntas muy específicas a lo largo de todas las sesiones, otro invitaba a repensar el rol paterno, expresando su incomodidad frente a una improvisada demarcación de papeles en la pareja o a que el cuidado de un bebé no deje tiempo alguno a la madre para dedicarse a otras cosas. La atención se desplaza, entonces, a detallar la práctica domiciliaria a través de ejemplos concretos y a sugerir estrategias para que los hombres se involucren desde el principio en la crianza. La presencia de una nueva integrante, Sofía, una partera aprendiz, y madre de dos hijas pequeñas, también influyó, en la medida en que mencionaba a menudo su propia experiencia haciendo hincapié en lo fundamental de reconocer los límites emocionales de cada una.

Los contenidos, así, reflejan, al menos en parte, las inquietudes y la idiosincrasia de cada grupo. Laura lo recuerda a veces en la primera sesión: “cuánto más dais, más os lleváis”. Los contenidos generales no cambian, se sigue aproximadamente el esquema presentado al principio de este epígrafe y se suele desviar la atención de los aspectos patológicos, recordando que se tratarán únicamente en una de las sesiones. Pero sí depende fundamentalmente del grupo el tiempo que se dedica a cada cuestión, y el grado de profundidad con el que se analiza.

En particular, las pruebas previstas para el “control del embarazo”, los exámenes y los tratamientos protocolarios para bebés preocupan especialmente a neomadres y neopadres, que vuelven una y otra vez sobre estos temas a lo largo de los tres meses. Aunque la retórica biomédica general admita que el embarazo no es una enfermedad, sino una fase particular de la vida, esto no impide la prescripción de medicamentos ni la propuesta y recomendación rutinaria de una serie de exámenes. Una vez empezados estos cursos de preparación, sin embargo, y en algunos casos ya desde antes, se entra en contacto con una visión profundamente distinta del embarazo y de la salud. Las madres se encuentran, por tanto, obligadas a tomar una serie de decisiones, a analizar los motivos y finalidades de cada prueba y fármaco, a buscar posibilidades alternativas, a negociar con sus parejas y con distintos profesionales sanitarios. En este sentido, el embarazo es también una palestra en la que se entrenan a afrontar los futuros dilemas morales relativos a sus hijos/as. En relación a estos, y frente a la enorme variedad de opiniones “expertas”, no es raro que las parejas no solamente requieran informaciones y fuentes bibliográficas a sus comadronas, sino que les pregunten directamente sobre sus opciones personales en calidad de madres.

En los siguientes epígrafes se desarrollarán los principales aspectos mencionados en este apartado introductorio acudiendo ampliamente a notas de campo y registros de audio para ilustrar lo señalado a través de ejemplos particulares y avanzar en el análisis.

2. Cuestionando el paradigma biomédico

En los encuentros grupales, si por un lado se revisan y discuten las prácticas biomédicas más comunes a lo largo del epp, sugiriendo un uso razonado y selectivo, por otro se propone una visión de la salud específica, que parte precisamente del análisis y del abierto cuestionamiento de la praxis habitual para el cuidado pre y posnatal. Para mostrar este proceso se centrará la atención en tres grandes bloques temáticos: las pruebas diagnósticas previstas para el periodo gestacional, los protocolos seguidos en el nacimiento y la vacunación infantil.

2.1. (Des)control del embarazo

“Es que no estáis enfermas, pero vais al médico más que nunca” [Laura, audio Grupo A]

A lo largo del embarazo, el sistema sanitario prevé una serie de visitas con diferentes especialistas y estructuras, que se reúnen habitualmente bajo la expresión “control del embarazo”. Su número y características varían de una Comunidad Autónoma a otra.

La Junta de Andalucía ofrece, de manera gratuita y para todas las embarazadas, visitas, cursos de educación maternal y varias pruebas diagnósticas, cuyos resultados se recogen en la denominada “cartilla”, un documento que se supone la embarazada deberá llevar siempre consigo⁸. Las consultas prenatales, algunas con matronas, otras con ginecólogos/as, otras con el médico de cabecera, pueden llegar a una decena. En ellas se “mandan” también analíticas de sangre y de orina, y diversas pruebas que marcan un auténtico maratón, y que según algunas mujeres sería nocivo en sí, generando angustias y preocupaciones inútiles, y por lo tanto mayores malestares. Michel Odent utiliza a menudo, en sus escritos, el concepto de efecto nocebo o de *antenatal scare* (algo así como susto o miedo prenatal), jugando con el término inglés para los cuidados prenatales (*antenatal care*). Para la mayoría, estos tests son sobre todo molestos, para muchas probablemente prescindibles, pero reina la confusión sobre sus funciones, utilidad y posibles efectos dañinos. La preparación al parto es un buen momento para preguntar a las comadronas, manifestar dudas e

⁸ Para mayores informaciones puede consultarse la página:
<http://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/servicios/embarazo.html>

intercambiar informaciones, consejos y experiencias. Se puede haber ya pasado por algunas pruebas o haberse negado a ellas, en algunos casos se debería repetir las, en otros todavía no han tocado.

El cribado combinado de cromosomopatías (un test combinado, bioquímico-ecográfico), el test de O'Sullivan, la detección de estreptococo del grupo B hacia el final del embarazo o el test de Coombs para todas las madres Rh negativo son algunas de las pruebas más comunes⁹. A ellas se añaden otras más invasivas y que no se efectúan de manera rutinaria, como la amniocentesis o la biopsia corial. Todas dan por resultado unas probabilidades. No se trata, por tanto, del diagnóstico de una patología, sino de un cálculo estadístico de riesgos, generalmente relativos al momento del parto o al futuro recién nacido. El concepto de *susceptibilidad*, propuesto por Rose (2008) y presentado en el primer capítulo, se demuestra especialmente pertinente para la fase del embarazo. En ésta, el contacto continuo con las instituciones médicas, la interacción con profesionales sanitarios y la multiplicación de normas saludables y tratamientos preventivos hacen que las definiciones biomédicas estén necesariamente presentes en la cotidianidad de las embarazadas. Negarse a ellas no afecta la inevitabilidad de hacerles frente.

La toma de decisiones sobre la gestión médica del embarazo y, en definitiva de sí mismas, acontece, siguiendo a Rose (*id.*: 113 y ss.), que se refiere a la biomedicina contemporánea en general y a los usos de los test genéticos en particular, dentro de un “cuadro pastoral”¹⁰. Con esta expresión el autor pretende reflexionar sobre un campo plural en el que se ejerce un tipo de poder *relacional*, entre profesionales y personas usuarias, en el que entran en juego emociones y afectos. Los “nuevos pastores del soma” (*id.*: 114) se acogen a los principios éticos del consentimiento informado, de la autonomía del paciente, de la acción voluntaria y de la elección libre, pero en las prácticas del encuentro se activan juicios morales y se intensifican las posibilidades de sentimientos como la vergüenza y la culpa, que operan como desactivadoras de las subjetividades. En este cuadro, reducir el número de visitas o rechazar algunas pruebas se interpreta en términos de irresponsabilidad, y el uso selectivo de los recursos biomédicos, común a cualquier proceso de atención, se traduce en

⁹ La información sobre los controles rutinarios en el embarazo está extraída, además de los propios cursos de preparación, de documentación sanitaria. En particular, se remite a los protocolos de la SEGO y a la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio* (2014).

¹⁰ Al hablar de “cuadro pastoral” o de “poder pastoral”, Rose se centra principalmente en la actividad de los asesores genéticos en grupos poblacionales “de riesgo”, subrayando que no se trataría ni de un poder del tipo pastor-rebaño, ejercido sobre una población en su conjunto, como ha podido ser en pasado para la biomedicina, ni de un poder unidireccional, del tipo pastor-oveja. La metáfora cristiana del pastor, utilizada para describir un tipo de poder que involucra aspectos emocionales y afectivos, parece en todo caso muy pertinente a la hora de dar cuenta del itinerario seguido por las mujeres a lo largo del embarazo.

enfrentamientos reales o potenciales con las figuras sanitarias de referencia, precisamente ahí donde existe un consenso general sobre la no identificación con una enfermedad.

La Junta de Andalucía ofrece/invita a *al menos* 5 controles prenatales, es decir, visitas de atención primaria, y *al menos* tres ecografías y tres visitas de segundo nivel. Con respecto a mis unidades de observación, en los nueve meses de la gestación *todas* las madres han visitado un número variable de veces alguna estructura sanitaria para consultas, pruebas, cursos o tramites burocráticos, y a *todas* se les ha prescrito algún tratamiento farmacológico, desde el ácido fólico a complementos de hierro y yodo o medicamentos antitiroideos, cuyos efectos secundarios no siempre se toleran¹¹.

Las clases de preparación devienen una arena para discutir la utilidad de pruebas y tratamientos, para diseccionar en qué consiste cada examen, para analizar las consecuencias de las decisiones tomadas, pero también para compartir experiencias y estrategias en la relación con los servicios sanitarios. Cabe señalar que estas cuestiones se tratan por iniciativa de las madres, no estando previstas dentro del temario general, ya que las comadronas necesitan de un número muy limitado de pruebas y, sobre todo, pretenden distanciarse de una visión del embarazo centrada en la gestión de riesgos, y en la que se interviene siempre y en todas.

La manera de coordinar y facilitar las discusiones que nacen alrededor del “control del embarazo” puede considerarse emblemática de las modalidades semi-estructuradas y participativas de estas sesiones. En una de ellas, en teoría dedicada a los factores de salud en el embarazo, la ronda de dudas y preguntas inicial dio lugar a más de una hora de debate sobre la necesidad de algunas pruebas rutinarias, la existencia de posibilidades alternativas y las estrategias para obtener de los servicios sanitarios lo que se considera interesante y adecuado a la situación de cada una. A continuación se analiza su desarrollo.

La posición de Laura, la comadrona-partera, es la de quien tiene mayores conocimientos sobre algunos procedimientos y términos técnicos, pero no se sitúa en un nivel superior. Responde a preguntas concretas con explicaciones a las que contribuyen también otras madres (dos de ellas sanitarias), no da nunca respuestas definitivas, admite su desconocimiento sobre determinados temas, subraya constantemente la distinción entre sus opiniones y las explicaciones, entre sus decisiones como madre y las de cada familia, entre lo que necesita y pide para asistir un parto, o sea su criterio profesional, y las pruebas que cada cual decide realizar. En el caso seleccionado, se mencionan y analizan las siguientes pruebas: el test de O'Sullivan, la prueba ecográfica Doppler de la semana 20, el triple screening (que mide los valores de determinadas proteínas y hormonas en la sangre) y las mediciones ecográficas con las que se combina (traslucencia nugal), el análisis de

¹¹ La más criticada es la pastilla de hierro, por la producción de molestias gastrointestinales (dolores, nauseas, vomito, estreñimiento, diarrea) que aumentan las sensaciones de nausea ya comunes en algunas embarazadas.

estreptococo B, la prueba de Coombs. Merece la pena detenerse sobre algunas de ellas para entender la manera en que se revisan y discuten y, sobre todo, la importancia de discutir las en lugar de darlas por sentadas, asumiéndolas como un criterio en sí de calidad de la atención. En particular, la denominada “prueba del azúcar” emerge de las entrevistas y conversaciones con madres como una prueba muy controvertida, por lo general bastante molesta y que varias consideran del todo carente de sentido. Algunas han decidido no hacerla, otras la han sustituido con fórmulas de medición alternativas, o han llegado a compromisos, negociando otro tipo de desayuno, o se han visto en situaciones tragicómicas, “haciendo trampas” para no negarse abiertamente a la prueba¹². El test de O'Sullivan está destinado a valorar los niveles de glucosa en sangre venosa, antes y después de haber tomado una bebida muy azucarada. Su finalidad es diagnosticar los casos de diabetes gestacional, un tipo de diabetes transitoria que puede producir complicaciones en el parto, principalmente por un crecimiento excesivo del feto (macrosomía). Si da valores positivos es común la aplicación de otra prueba, el Test de Tolerancia Oral a la Glucosa (TTOG) o SOG (Sobrecarga Oral de Glucosa), más conocida como “curva del azúcar”, en la que se suministra una cantidad más elevada de glucosa, en ayunas, y se efectúan varias mediciones en las horas sucesivas¹³. El test de O'Sullivan, así, puede descartar la presencia de alteraciones en el metabolismo de la glucosa o dar por resultado una *sospecha* de diabetes, que será necesario confirmar con otra prueba, a veces repetida en distintos momentos. Es común, en los discursos de las madres, referirse a ambas pruebas, y de manera indistinta, como “curva del azúcar”. En efecto, la variabilidad, desde el punto de vista de quien se somete a ellas, es sobre todo una cuestión de grados, de cantidades mayores de glucosa ingerida, sangre sacada y tiempo transcurrido en un centro sanitario.

En el Andalucía el test de O'Sullivan se aplica rutinariamente a todas las embarazadas entre las semanas 24 y 28 de gestación, se reitera en caso de vomito y se adelanta y repite cada trimestre si se pertenece a alguna “categoría de riesgo”, como es en los casos de sobrepeso, de antecedentes personales de diabetes gestacional, de hijos anteriores con peso al nacer superior a los cuatro kilos, de familiares con diabetes¹⁴. Más allá de las distintas opiniones existentes en biomedicina sobre los factores de riesgo para la diabetes gestacional, las cantidades de glucosa que es necesario

¹² En un caso, una mujer se puso a caminar rápidamente alrededor del centro sanitario, para “quemar los azúcares” ingeridos: “La hice, pero *hice trampas*, me puse a [...], bueno a correr, es una manera de hablar, a andar muy rápido alrededor del hospital, después de tomarme esto. Yo me aseguré que esto no me lo volvían a hacer, tu date cuenta, fijate. En mi interior, dije: ¿tú me has hecho tragar esto? Pero esto yo lo tengo que quemar, esto no se me puede quedar a mi allí en las venas. [risa] Era para verme, aquello” [Inés, 38 años].

¹³ Se hacen cuatro extracciones de sangre, antes de la ingesta de glucosa, a la hora, a las dos y a las tres horas, comprobando los cambios en los valores de glucemia.

¹⁴ Cf. *Diabetes durante la gestación*, redactado por la Unidad de Ginecología del Hospital “La Inmaculada” de Almería, y aprobado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en 2013.

proporcionar, la necesidad de estar en ayunas para la primera extracción, la posibilidad de sustituir el brebaje por un desayuno rico en hidratos de carbono, o la validez de otro tipo de mediciones, lo que interesa aquí es cómo se hace frente a este tema en el grupo. A continuación se reproduce la transcripción de un extracto de la mencionada sesión grupal. Ya que la discusión sobre este examen se alarga bastante, se ha optado por resumir algunas partes y transcribir literalmente otras, señalando con la cursiva los pasajes más significativos.

Al inicio del encuentro, una de las mujeres expone que le interesaría saber algo más sobre las pruebas que le quedan, para tomar decisiones con mayor seguridad, y de manera argumentada. Las demás apoyan su moción, y Laura empieza preguntando precisamente por la prueba de O'Sullivan, si saben de qué se trata, y si ya la han hecho. Siguen unos minutos de conversación entre quién se ha sometido varias veces a ella, y piensa que es éste el seguimiento protocolario para todas, y quién solamente la hizo una vez. Para explicar los diferentes procedimientos, se menciona la variabilidad de criterios entre ciudades, la existencia de antecedentes familiares y la edad como posible factor de riesgo¹⁵. A este debate inicial, sigue la explicación de Laura¹⁶:

Laura: Bueno, el O'Sullivan es, como no sabemos si eres diabética, si te está dando una diabetes gestacional o no [...]. La diabetes es un problema para procesar la glucosa, ¿no? Normalmente es hereditaria, pero la diabetes gestacional *no es hereditaria*, sea que incluso tener personas diabéticas en tu familia da igual, porque la diabetes gestacional es otra cosa, relacionado con la gestación, no con tu [...]

Mujer 1: Con las hormonas.

Laura: Sí, con los cambios que se dan, con tu páncreas que está trabajando a otro ritmo, porque tiene que filtrar [...], tiene que trabajar con más sangre. ¿Entonces, qué hacen para saber si tú tienes diabetes gestacional? Sobrecargamos el páncreas, vamos a darte un chute de azúcar y depende cómo lo asimiles, serás diabética o no. ¿Qué pasa con esta sobrecarga? Te sobrecargan de azúcar, te dan una cantidad de azúcar blanca, que tú no debes tomar nunca en el embarazo, tanta, ni blanca ni tanta, y luego te hacen estar quieta, que tampoco es tu situación real, normalmente desayunas y [...], no sé, a lo mejor algunas sí, pero normalmente desayunar y quedarte sentada *pues no es lo habitual*. Entonces tu cuerpo no metaboliza al mismo ritmo si te estás moviendo que si estás sentado. ¿Vale? ¿Qué pasa ahí? Tú a lo mejor estás acostumbrada, porque alguna vez te ha zampado dos donuts con un batido y eres capaz de responder, pero el bebé tiene que hacerse cargo también de una cantidad de azúcar muy grande. ¿Qué es lo malo cuando hay una subida? Que luego hay una bajada. Lo más peligroso con las azúcares son las bajadas, porque el cerebro se alimenta de azúcar, entonces si hay una bajada puede que haya retraso, mental, incluso en caso de gente diabética con bajadas grandes de azúcar es un coma, o una muerte diabética. ¿Qué pasa con un bebé que está dentro del útero y tiene una sobrecarga de azúcar? Pues *no lo sabemos tampoco*. De momento no ha pasado nada demostrable, pero hay casos de muerte intraútero de bebé que se están estudiando. [...]

¿Qué pasa con esto también? Que los niveles son los mismos para ti con tu constitución, que para mi

¹⁵ Las que han tenido que efectuarla varias veces tienen todas más de 35 años, edad que se considera, según varias páginas médicas consultadas, un factor de riesgo de diabetes gestacional. Parece revelador, sin embargo, que las directas interesadas desconozcan los motivos de esta repetición de la prueba.

¹⁶ Las transcripciones que siguen forman parte de una sesión del Grupo A.

con la mía. Nos dan la misma cantidad de azúcar a las dos y se supone que a la hora tenemos que tener la misma cantidad de azúcar en sangre. ¿Por qué vamos a trabajar al mismo ritmo? Si *tenemos constituciones distintas y metabolismos distintos*. Entonces los ranking son muy [...]

Mujer 2: Y yo lo que no comprendo, ¿por qué no te lo puede [...], con analíticas no te lo pueden ver?

Laura: La analítica mira siempre la glucosa basal. Para diagnosticar la diabetes se puede hacer o el test de sobrecarga de glucosa, o mirar la glucosa basal, que es la glucosa en ayuna. ¿Vale? Si sale alterada más de dos días, no sé si más de dos o más de tres, ya es suficiente para diagnosticar diabetes.

Mujer 1: Esto con que te pinches [...]

[Hablan a la vez]

Laura: Luego miran la glucosa en orina también, que cuando una la tiene alta en sangre, sale alta en orina también. Y también os la miran cada vez que os hacen una analítica de orina.

Mujer 1. Si, pero por ejemplo, mi padre que no es diabético pero está en el límite, creo que tiene el aparatito este que se la mide instantáneamente. Yo esto me lo hago tres días seguidos.

Laura: Con tu dieta normal, y tu situación normal, y ya está.

Mujer 1: Es que claro, yo esta vez no me la pensaba hacer, porque yo en el otro embarazo, vamos es que tampoco es que sea siempre igual, pero en el otro embarazo no lo tuve y yo creo que me alimento bien, y ya está.

Laura: En algunos centros de salud, en algunos ya ofrecen un desayuno. Un desayuno medio guarrete [risas].

Mujer 3: Un donuts.

Laura: Casi. En plan un croissant y un colacao y no sé qué.

Mujer 3: Yo me he mareado las dos veces.

Laura: Yo vomité. Yo vomité, y me dijeron: nos llega a avisar y te tumbamos pa que no vomitaras. Digo: ¿qué dices? [carcajadas]. Media hora así, y a la media hora vomité. Mira, te citamos la semana que viene. Y no volví. Me hice una curva, un día entero, porque mi madre tenía el aparato. Antes de desayunar, dos horas después de desayunar, antes de comer, dos horas después de comer, antes de cenar [...]. Ya está. Todos los valores bien. Ya está, está bien, es tu dieta normal, está bien. ¿Pa qué te vas a sobrecargar de azúcar?

Mujer 4: Y bueno, en caso de aparecer una diabetes gestacional, de una manera u otra diagnosticada [...].

Laura: Te ponen una dieta que los bebés se mueren de hambre, te ponen una dieta de 1500 calorías.

Mujer 4: Claro, yo estoy pensando, si en nuestro caso no nos hacemos el Sullivan, por ejemplo, estoy pensando, no hago el Sullivan, me hago tres mañanas allí en el trabajo antes de desayunar, el pinchazo. E imagínate que los valores que me salgan no sean normales.

Laura aquí sigue mostrándose contraria a una dieta excesivamente reducida, por otra parte

desaconsejada por los protocolos de las unidades de ginecología de algunos hospitales¹⁷, sosteniendo que no daría los aportes necesarios al crecimiento saludable del bebé, y que ellas solamente sugieren eliminar dulces, y proponen mayor atención con determinados alimentos. Pero la que parece ofrecer una solución para todas muy razonable es otra mujer, que relata su propia experiencia, describiéndola con todo detalle, y con adjetivos muy negativos (“lo pasé fatal, lo pasé mal, pero mal, mal, mal”, “me desmayé”, “estaba muerta”, “me quedé frita”, “como en una nube”, “estuve toda la mañana zombi, zombi, zombi, zombi”), y comparte los consejos de su médica homeópata:

Mujer 5: Una médico que conocéis vosotras, me dijo que con la dieta que estuvimos el otro día viendo, el día de la alimentación, que si seguimos esta dieta, *una dieta lógica*, no tenemos por qué tener problemas de azúcar. ¿Sabes?

Se llega, por tanto, a la conclusión que son preferibles otro tipo de mediciones, para pasar luego a analizar los eventuales *síntomas* y terminar con las *consecuencias* que produciría una diabetes gestacional. Se menciona entonces la macrosomía, y también el riesgo de diabetes en el hijo. Laura aprovecha entonces para introducir otras cuestiones, en contra de interpretaciones exclusivamente físicas o que atribuyen excesiva importancia a los factores hereditarios. Se volverá más adelante sobre estas propuestas. En este punto, es suficiente señalar los numerosos cuestionamientos que se han producido: se pone en entredicho la definición biomédica de los antecedentes familiares como factor de riesgo; se cuestiona el sentido mismo de la prueba por producir reacciones adversas en personas con determinadas costumbres dietéticas y de comportamiento contrarias a las que se las obliga, y por no tener en cuenta las diferentes constituciones físicas; se pone en duda su inocuidad, sobre todo en el feto, haciendo hincapié en que el desconocimiento de consecuencias no implica necesariamente su ausencia; y, por último, también se discuten las soluciones habituales que se utilizan en ámbito sanitario. Se proponen, por tanto, distintas alternativas, en cuanto a métodos de diagnóstico y tratamiento. Se concluye evitando alarmismos y con la certeza de que una dieta equilibrada o “lógica” evitará problemas.

La discusión de las otras pruebas sigue un recorrido muy parecido. A las explicaciones, Laura añade casi siempre la invitación a preguntarse por la finalidad de cada examen, para qué sirve una información o qué se hará con ella. Así, por ejemplo, se puede disfrutar mucho con una ecografía, como afirma una de las madres, o someterse a una prueba invasiva si se toma en consideración la posibilidad de aborto en caso de malformaciones fetales. En el fondo, la utilidad de las pruebas depende principalmente de las necesidades y objetivos de cada persona. Pero es significativo que

¹⁷ En el protocolo de un hospital de referencia como el de Huerca-Overa, por ejemplo, se lee que la dieta no debe ser “ni hipocalórica ni restrictiva en hidratos de carbono”.

algunas pruebas *se perciban* como obligatorias y otras no, que para algunas se les pregunte directamente a las madres, haciéndoles firmar hojas de consentimiento informado, y para otras se de directamente una cita, como si negarse a ellas se considerase sencillamente inconcebible. Negarse a la detección de cromosopatías, por ejemplo, no genera las mismas reacciones que un rechazo del cribado de diabetes gestacional o de estreptococo B. En el primer caso, no existen soluciones biomédicas a las malformaciones fetales, por lo tanto la única posibilidad sería abortar. Afirmar que de todas formas no se abortaría entra dentro de las explicaciones aceptadas o moralmente aceptables. En el segundo caso, en cambio, se socavan las bases mismas del control biomédico del embarazo, y la interpretación más común, no tan sutilmente comunicada a las mujeres embarazadas, es que se está poniendo en peligro la vida del hijo/a. Aunque Laura recuerde a menudo que “todo es voluntario”, las miradas, los reproches, los enfados del personal sanitario, o a veces el temor de formas de represalias, influyen inevitablemente en las elecciones y en las relaciones entre figuras sanitarias y usuarias.

Entre los exámenes mencionados en la sesión grupal analizada, resulta igualmente interesante detenerse en el cribado “universal” del *Streptococcus agalactiae*, ofertado a todas las mujeres entre la semana 35 y 37 de gestación. En este caso, a través de las palabras de la comadrona, se desmonta la visión común de las bacterias como enemigas (“vive con nosotros, está en las mucosas, en distintos sitios”); se explica en qué consiste la prueba (“te hacen un frotis vaginal y rectal, con una torunda, con una algodocito, para hacer un cultivo y ver si tienes estreptococo”); se señalan limitaciones (variaciones en la flora vaginal, y por lo tanto posibilidad de que los resultados de la prueba no se correspondan al momento del parto); se mencionan las consecuencias más graves de una infección por estreptococo B en el bebé; y se cuestionan las soluciones hospitalarias. En concreto, se sostiene que el solo contacto con una bacteria no es siempre motivo de peligro, y se critica el enfoque preventivo y el empleo abusivo de antibióticos. Pero, al mismo tiempo, se deja que cada una elija lo que le convence, enumerando distintas opciones: pasar del estreptococo, seguir los procedimientos establecidos, usar el diagnóstico pero preferir tratamientos alternativos, tratar al bebé solamente si se presentan síntomas de infección, evitando la administración de antibiótico en el parto¹⁸. En este caso también, una de las madres preguntará si *es posible* negarse al tratamiento antibiótico. Se duda, por tanto, de la posibilidad misma de negarse a lo que se propone por protocolo en las estructuras sanitarias. Frente al desconocimiento de determinados derechos, a la

¹⁸ El procedimiento rutinario, en caso de resultados positivos, es administrar profilaxis antibiótica a la madre, a lo largo del parto (SEGO 2008). En el grupo de preparación se explica que se suele poner antibiótico intravenoso cada cuatro horas a partir de la rotura de la bolsa amniótica, y que en algunos casos también se aplica un tratamiento al bebé.

tendencia a interpretar los protocolos hospitalarios como normas legales o al miedo a las reacciones del personal sanitario, la experiencia de otras, referida en las frecuentes anécdotas de las comadronas o por las compañeras de curso, se revelan de extraordinaria importancia, pudiendo resultar inspiradoras y tranquilizadoras.

Son muchos los ejemplos posibles, en los que las preguntas de las comadronas, las hipótesis de otras madres o el reflejo en experiencias similares ayudan a delinear los caminos particulares de cada madre y de cada pareja. Sin salir de la sesión grupal seleccionada, su inicio concierne a las dudas de una pareja frente a un supuesto diagnóstico de una fisura en el tabique ventricular del feto. Se trata de un defecto que en muchos casos se resuelve solo, que no es posible prevenir y que, dada su escasa visibilidad en una ecografía normal, le propusieron volver a mirar a través de una tecnología más avanzada. En este breve intercambio entre Laura y la directa interesada se va definiendo y confirmando la decisión de la madre:

Laura: ¿Y qué vamos a hacer con esto? ¿Cuál es la información? Imagínate que lo tuviera, ¿tú lo vas a operar de esto? Habrá que ver cuando sale, si se cierra, si no se cierra.

Mujer: No vamos, a mi me ha dado igual, es como escuchar llover.

Laura: Claro, es que no [...]. Vamos, escuchas llover pero ya tienes que ir otra vez ahí, otra vez tumbarte, otra vez [...].

Mujer: Es que ya te digo, no le dije no me des la cita por no pelear.

Laura: Tienes que pensar tú si para ti es importante saber esta información o no.

Mujer: No.

Laura: Pues ya está.

Al describir, más tarde, su relación con los servicios sanitarios para el “control del embarazo”, padre y madre mencionarán este episodio. En las palabras de él, el camino ofrecido por la práctica biomédica común se convierte en un auténtico sinsentido:

Y ahora aquí tampoco se ve, y tampoco pasa nada porque esto es normal, y cuando en el parto, justo en le momento del parto, una de las cosas que ocurre es que se cierra, pero como yo quiero ponerlos a vuestra disposición todos los adelantos que tenemos aquí, pues vais a haceros otra en 3D. Y tú dices: ¿pa certificar de que no está? Vamos a ver, otra vez lo mismo, si esto es normal, si no lo estás viendo ni siquiera, porque no lo ves, como poco que te lo has inventado, si es normal que se va cerrar, ¿pa qué me mandas otra ecografía? ¿pa qué vas a hacer este gasto y para que me vas a tener en vilo otra vez, no?

Sobre algunas cuestiones, sin embargo, las “expertas” admiten abiertamente su desconocimiento y

no proponen alternativa alguna a los tratamientos empleados en biomedicina. Es así con la inmunoglobulina Rh¹⁹. Las comadronas sostienen que no tienen suficientes informaciones para afirmar que se puede prescindir de ella, pero sí proponen retrasar su administración al momento del parto, cuando se puede conocer con certeza el grupo sanguíneo del bebé, analizando la sangre de la placenta. Lo que critican, en este caso, son más bien los tiempos sugeridos desde los servicios sanitarios, proponiendo una intervención más tardía, que no involucre también al feto, y que se efectúe sólo en caso de necesidad real. Así, en más de una ocasión, no se cuestiona la práctica biomédica en sí, sino su aplicación estandarizada, su tendencia alarmista, su incapacidad sistemática por incorporar aspectos psicosociales y su profundo descuido por todo lo que no está demostrado, haciendo manifiesto este desconocimiento e invitando a tenerlo en cuenta, y a hacer un uso moderado de las tecnologías diagnósticas.

Por último, la inevitabilidad de la relación con los servicios sanitarios en el embarazo no se debe sólo al recorrido de tests y análisis, sino también a su papel en la certificación de bajas laborales por motivos médicos. El denominado “permiso de maternidad” se refiere a los meses posteriores al parto. Los días de baja durante el embarazo se substraen al posparto, a no ser que certifique alguna enfermedad o que se pertenezca a categorías laborales específicas, en las que el tipo de trabajo o el ambiente en el que se desarrolla se considera arriesgado para el periodo de gestación. Es así que algunas mujeres afirman seguir en gran parte el itinerario de pruebas previsto para evitar que el médico les rechace una baja. Prefieren “portarse bien” y evitar posibles conflictos, pensando que tal vez esto les ayudará a obtener unos días más antes del parto. El grupo de preparación permite también ir desmontando miedos infundados, a partir de experiencias muy positivas con médicos disponibles y comprensivos. Ofrece, además, la posibilidad de confrontar las estrategias utilizadas, escuchadas o pensadas. La lumbalgia y la ciática ocupan el primer lugar entre los malestares comunes en el embarazo, y que quien ha padecido sugiere a las demás para obtener la tramitación de la baja. Fingir un malestar físico se revela, para algunas, la única vía de acceso a lo que, sin embargo, consideran un derecho, ya que no serviría decir que necesitan estar más centradas en el embarazo, o aducir otras motivaciones no comprensibles en cierto lenguaje biomédico, que lo que busca es una incontrovertible causa física²⁰. Aunque no es raro encontrar la comprensión y colaboración médica sobre este tema, lo significativo, aquí, es que se necesita de una opinión y certificación sanitaria para poder dejar de trabajar en el embarazo, así como para demostrar haber dado a luz un hijo/a (certificado de nacimiento) o para poder acceder a un aborto. En este sentido, no deja de ser tristemente paradójico que se siga empleando tan a menudo el concepto de “libre

¹⁹ Su administración evita que la madre Rh negativo desarrolle anticuerpos peligrosos en futuros embarazos, en el caso de que el bebé sea Rh positivo.

²⁰ El malestar físico es también lo que se utiliza y sugiere en los casos de alianza médico-usuaria.

elección” en el ámbito reproductivo.

No siempre, en todo caso, después de un tira y afloja entre distintos servicios médicos, se consigue una baja retribuida. Es el caso de Antonia, que acude antes a su médica, luego al servicio médico de su empresa, para nuevamente recurrir a su médica de cabecera, sucesivamente a la mutua, y nuevamente a su médica. Y mientras tanto iban pasando los días de su hipotética baja, que finalmente le dieron por una “contingencia común”, es decir, descontándola de su salario:

Y entonces ya fui a la mutua, y me hicieron un reconocimiento, tal, no sé qué, pero que me dijeron que no, que con el trabajo que yo tenía, que es trabajo de oficina, que me diese unas vueltecitas, unos caminitos, cuando me encontrase tal, y que siguiese trabajando, que riesgo [...], que mi puesto [...], que vamos a ver, que las mutuas lo que hacen es: asignan a los puestos de trabajo el riesgo, no a las personas, sino al trabajo que tú desempeñas.
[...]

Y entonces, claro, es una cuestión de quien paga la baja, ¿no? La mutua no la quiere pagar, y entonces al final ¿qué pasa? que me han dado una baja, pero la médico me ha dado una baja por lumbalgia, que es una contingencia común, una enfermedad común, con lo cual al final la pago yo, me dan la baja pero el dinero me lo descuentan a mi [Antonia, 40 años].

El control médico del embarazo, en definitiva, impregna la vida diaria de las embarazadas, no exclusivamente por el número elevado de pruebas, visitas y mediciones, sino por el papel determinante en establecer lo correcto y lo saludable, incluso para situaciones en principios independientes de la práctica clínica como son viajes o relaciones sexuales²¹, y hasta tal punto que algunos criterios se llegan a percibir como obligatorios, o por su autoridad en el reconocimiento de la necesidad de salir temporalmente del mundo laboral. Para esto último, no obstante, las categorías de riesgo laboral han sido previamente definidas, dejando escaso margen a las opiniones médicas particulares.

Los diferentes grados de “descontrol” médico se insertan dentro de una visión particular del embarazo que estas comadronas promueven activamente. Se sirven, así, solamente de aquellas tecnologías diagnósticas que consideran útiles para su trabajo, y que incluyen también un tipo de examen que no se corresponde al empleado en los servicios sanitarios andaluces. Lo que requieren es un análisis de los depósitos de hierro, o ferritina, que las madres deberán pedir específicamente, y para lo que también confrontan modalidades y estrategias para conseguirlo. En este caso, el cuestionamiento de los criterios protocolarios implica incluir un parámetro que habitualmente no se tiene en cuenta, en lugar de invitar a disminuir o sustituir las intervenciones biomédicas rutinarias. Este valor permitiría, según las palabras de las comadronas, distinguir entre la anemia fisiológica del embarazo, debida a la normal dilución de la sangre y no problemática, y una carencia que puede

²¹ Se remite al texto de la GPC como buena muestra del alcance de las recomendaciones expertas en el embarazo.

tener consecuencias negativas en el desarrollo fetal o en el parto. No es la práctica común en los servicios sanitarios andaluces, pero tampoco representa algo absolutamente novedoso. Al contrario, coincide con las recomendaciones contenidas en la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* (2010) y en la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio* (2014). En concreto, en esta última se lee que la ferritina es “el mejor parámetro para confirmar el diagnóstico de la anemia ferropénica” (*id.*: 69).

2.2. Protocolo del recién nacido

“Protocolo del recién nacido” es cómo se denominan los procedimientos rutinarios utilizados en el nacimiento hospitalario. Es un tema que forma parte del contenido previsto para las clases, en la sección dedicada al parto, y que interesa tanto a las que han optado por la asistencia hospitalaria como a las que han elegido parir en casa. En este segundo caso, en primer lugar no se puede saber con antelación si será necesario un traslado y, en segundo lugar, se aprovecha para confrontar la práctica hospitalaria con la domiciliaria, y para conocer aquellos fármacos que se podrán suministrar autónomamente, o con ayuda de las comadronas, en casa.

El tema se introduce con una pregunta a los/as participantes sobre lo que se le hace a un bebé al nacer. Las respuestas se apuntan en la pizarra, y a ellas las comadronas van añadiendo las que faltan. Sale lo siguiente²²: lo aspiran, lo lavan, lo pesan, le hacen el test de Apgar, cortan el cordón, le ponen un colirio, la vacuna del hepatitis B, la prueba Rh (si la madre es negativa), la prueba del talón. Una de las comadronas añade que también se le suministra la vitamina K y especifica que la prueba del talón no se hace en el momento del nacimiento sino algunos días después. Se pasa, entonces, a analizarlas una por una: en qué consisten, por qué se hacen, si ellas las hacen, si existen posibilidades alternativas o de cambio parcial respecto a la práctica protocolaria. Se insiste, evidentemente, en las que generan mayores debates.

Lavar y pesar, por ejemplo, se presenta como algo no urgente, por lo que es posible esperar algunas horas. El peso, en concreto, no se considera un indicador de salud, a no ser que se trate de un nacimiento prematuro. “¿Qué más da que pese 3,2 o 3,5 kilos?”, comenta Francisca. Al lavado no se le da mayor importancia, pero a veces son las propias madres las que preguntan si es conveniente o no realizarlo. No hay que olvidar que la gran mayoría lee y se informa a través de distintas fuentes a lo largo del embarazo. Si las pruebas del “control de embarazo” las cogen a menudo desprevenidas y varias afirman que no las harían en un siguiente embarazo, en los meses de gestación van acumulando y confrontando informaciones. Es así muy común que se hagan preguntas muy precisas

²² Notas de campo, 20 de octubre de 2015. Las variaciones respecto a otros grupos son mínimas.

sobre el parto y el posparto, incluso sobre cuestiones que las comadronas consideran de escasa importancia y, sobre todo, externas al campo profesional experto obstétrico o pediátrico. El primer baño es un ejemplo emblemático de esta intrusión y aceptación de los consejos expertos en cualquier ámbito de la crianza y, al mismo tiempo, de la capacidad de estas comadronas de estar señalando constantemente esta intromisión, relativizando sus opiniones. Lavar un bebé es, según algunas corrientes obstétricas, no recomendable en las primeras horas, para no eliminar una capa de grasa que lo cubre y protege (vermix)²³. El mensaje de las comadronas es, básicamente, que hagan lo que quieran. Así, a quien pregunta por un cubo específico para el baño del bebé, se responde con una reflexión sobre la cantidad excesiva de accesorios para la primera infancia, recomendando “ir siempre a lo menor”.

Sin embargo, es en las cuestiones más propiamente clínicas que se muestra un distanciamiento importante de la práctica biomédica, y también de muchas colegas que asisten en casa. No aspiran las vías respiratorias, ni de manera rutinaria, ni en ningún caso. Prefieren, por contra, utilizar una perita o una cánula, métodos de limpieza más suaves y que evitarían la posibilidad de un paro cardíaco. No llevan el colirio o pomada antibiótica, que consideran una práctica obsoleta²⁴. Añaden, además, que la conjuntivitis puede curarse, y que suele ser suficiente aplicar la leche materna. En cuanto a la vitamina K, involucrada en los mecanismos de coagulación sanguínea y utilizada como antihemorrágico, se explica que su aplicación tenía sentido en un contexto ya superado de la práctica hospitalaria, en partos instrumentales con separaciones muy largas madre-bebé, en las que se le daba a éste un suero glucosado. Se insiste, por tanto, en que no es normal que un bebé se desangre a no ser que haya habido alguna patología, y en que la vitamina K, inicialmente ausente, se producirá espontáneamente con el calostro y con la lactancia. Una vez más, se hace hincapié en que los efectos secundarios de este fármaco, muy especialmente su acción sobre el hígado, no han sido suficientemente estudiados. Por último, se sugiere la administración oral a la intramuscular, si es deseo de la pareja utilizarla.

La prueba que las propias comadronas definen como la “más polémica de todas” es la vacuna de hepatitis B. La administración inmediatamente después del parto se relaciona con la dinámica hospitalaria, con los ritmos de trabajo y con la facilidad de los procedimientos estandarizados. En el caso de optar por ella se sugiere esperar al menos un mes, ya que el sistema inmunitario, al nacer,

²³ No se recomienda el lavado, por ejemplo, en la mencionada Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2010).

²⁴ Se pone, supuestamente, para evitar la ceguera del recién nacido. Lo que explican en las clases es que antes las mujeres podían tener con cierta facilidad gonorrea, y era por tanto posible transmitir la infección. Actualmente podría darse una conjuntivitis, que es posible tratar. Notan que además se suele poner hasta en caso de cesárea, cuando el bebé no ha pasado por el canal de parto ni ha podido tener ningún contacto con microorganismos presentes en la zona genital. Es una práctica que, por tanto, se relaciona más bien con el uso excesivo de los antibióticos en biomedicina.

no está todavía formado. Se invita, además, a proceder con un razonamiento lógico, reflexionando sobre los medios de transmisión de esta enfermedad, a saber: relaciones sexuales o contacto con sangre o con saliva. Si la madre no tiene hepatitis B es bastante difícil que el hijo pueda contagiarse con el virus. Y, de hecho, en no todas las CCAA se pone en el momento de nacer (*cf.* ENSSR 2010)²⁵. Sin embargo, la vacunación forma parte de lo incuestionable desde un punto de vista biomédico sanitario, y tarde o temprano niños y niñas *deben* someterse a vacunaciones múltiples. Las comadronas, entonces, aprovechan para aconsejar revisar los efectos secundarios de las vacunas, sugieren bibliografía crítica con el tratamiento vacunal, y suelen volver sobre el tema en otra sesión (*cf.* siguiente epígrafe).

Por último, la denominada prueba del talón²⁶ se efectúa en casa un par de días después del nacimiento, si así lo requieren madres y padres.

Se repiten, en suma, algunas pautas ya evidenciadas en el epígrafe anterior: la preferencia por intervenciones *a posteriori*, y sólo en casos necesarios, al manifestarse algún tipo de malestar; la reflexión sobre el desconocimiento de los efectos secundarios de muchas prácticas; la predilección por métodos suaves y no agresivos; la confianza en el desarrollo fisiológico; el uso del sentido común en razonamientos y explicaciones; la invitación a tomar decisiones autónomas. Así, si bien las comadronas expresan sus dudas sobre la necesidad de diversas aplicaciones medicamentosas, y no las llevan con ellas a los domicilios, se dicen dispuestas a administrar o enseñar cómo administrar lo que cada pareja considere oportuno. A diferencia de las prácticas biomédicas de control del embarazo, sin embargo, en este caso se llega a afirmar la obsolescencia (como para la profilaxis antibióticas o la vitamina K) o lo absurdo (es el caso de una vacuna en recién nacido/a) de determinadas rutinas hospitalarias. Se va reforzando, de este modo, una perspectiva radicalmente crítica hacia la visión biomédica de la salud, y hacia algunas prácticas concretas, paradigmáticas de esta visión, en la que se prioriza la mera supervivencia biológica a una valoración más compleja del estado de salud de una persona. He aquí un último ejemplo, que permite incidir en las consecuencias últimas de distintos posicionamientos y prácticas.

Un pinzamiento del cordón después de pocos minutos no es esperar a que deje de latir. En el primer caso, es posible donar la sangre del cordón, que contiene “células madres”, empleadas para investigaciones y trasplantes. En el segundo, no. En el primer caso se puede, en principio, salvar en futuro otras vidas. En el segundo, lo que importa es la vida de quien está naciendo ahora. Se pretende, por tanto, garantizarle un paso suave de un medio a otro, intervenir de manera reducida y

²⁵ Sigue presente, en cambio, en los calendarios vacunales de 2015 y 2016 de la Junta de Andalucía.

²⁶ Se trata de la extracción de unas gotas de sangre del talón del bebé para detectar precozmente determinadas enfermedades.

profundamente respetuosa, para facilitar un trance delicado del que se admite conocer poco.

La reflexión sobre el desconocimiento de efectos a medio o largo plazo de determinadas intervenciones en el nacimiento invita a un uso prudente y medido incluso de medicamentos cuya aplicación es (o pretende ser) *universal* en el contexto sanitario andaluz. La aspiración a la universalidad de la cobertura vacunal representa uno de los objetivos de las políticas sanitarias andaluzas. Exhortar a un análisis crítico e individualizado de cada vacuna va claramente en contra de las insistentes campañas que presentan las vacunas como salvación e incuestionable hito biomédico.

2.3. Vacunas

“¿Pero cual sería el invento fantástico? La vacuna contra el cáncer o contra el Sida, ¿no?” [Hombre, audio grupo A].

“Desde el nacimiento y hasta los 14 años, todos los niños y niñas deben vacunarse para evitar determinadas enfermedades, así como sus consecuencias y complicaciones, ya que para la mayor parte de estas enfermedades no existe un tratamiento efectivo y **las vacunas son la mejor prevención.**”

Las vacunas que se encuentran en el calendario vacunal se administran de forma gratuita a las edades que figuran en el mismo y existen **1.492 puntos de vacunación en Andalucía**, para que nadie se encuentre desprotegido. En la actualidad y gracias a la investigación, las vacunas son cada día más eficaces, seguras y con menos efectos indeseables” (Consejería de Salud, Junta de Andalucía, subrayado en el texto original)²⁷.

Atreverse a criticar las vacunas entra en enfrentamiento directo con la cultura biomédica hegemónica, socialmente incorporada, y con el posicionamiento institucional, que se desprende muy claramente de las líneas reproducidas más arriba. En Andalucía la tasa de vacunación infantil llega a más del 95%²⁸, y los cambios introducidos en el calendario del 2016 van en el sentido de adelantar a edades más tempranas la administración de algunas de ellas. Las únicas que se retrasan, al menos temporalmente, son las dosis de “recuerdo” a los seis años, por escasez de suministro, y no por motivos clínicos. Negarse a la vacunación está por lo general muy mal visto en el ámbito biomédico y en el contexto social más amplio. Madres y padres que no vacunan a sus hijos/as deben estar preparadas/os no solamente a las críticas, sino a la posible intrusión de los Servicios sociales en sus vidas. No es ninguna casualidad que el calendario de vacunación se presente en el lenguaje

²⁷ http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp?idioma=es&perfil=ciud&opcion=listadoTematico&tema=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vacunas/&desplegar=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/

²⁸ Según datos de la Junta de Andalucía:
<http://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/salud/109026/salud/publica/nuevo/calendario/vacunal/andalucia/inmunizar/menores>

de la obligación y no en el de la oferta, como ocurre para las pruebas a lo largo del embarazo. Las vacunas no se ofrecen: se han de poner.

Tratar el tema de las vacunas en los grupos de preparación, por tanto, y no simplemente informar de la existencia de una calendarización específica y de una administración gratuita resulta de por sí poco ortodoxo. Se está claramente excediendo el periodo del epp y entrando en un terreno en el que la elección no parece ni estar prevista a nivel teórico. Es más, es bastante común que criticar las vacunas genere una serie de reacciones alarmadas, incrédulas y defensivas en los propios grupos.

¿Por qué se saca a colación este tema? ¿Por qué precisamente en la sesión final, casi como forma de despedida antes de los partos? Es posible avanzar algunas hipótesis.

El mismo enfoque utilizado en estos grupos de preparación al parto, como ya se ha señalado, no se limita exclusivamente al parto, ni solo al proceso de epp. No podría hacerlo, en efecto, porque se fundamenta en interconexiones múltiples que son continuamente puestas en evidencia, para señalar las diferentes dimensiones que confluyen en la salud de una persona. Se hace continuamente referencia, además, a otros periodos vitales, a fases del ciclo reproductivo femenino, a problemas de salud de diverso tipo, o al contexto social más amplio. Así, se invita a pensar en lo que vendrá después del parto, no sólo reflexionando sobre la importancia de tener apoyo en el posparto o hablando de lactancia, llanto, cólicos y accesorios más o menos útiles, sino insertando las vacunas en el propio temario. Al no dar por sentado ningún procedimiento médico, no podría dejarse a un lado lo que representa la principal intervención sanitaria en la primera infancia, marcando una serie de citas ineludibles en los primeros 18 meses de vida del bebé, y posteriormente a los 3, 6, 12 y 14 años. Por otra parte, los nexos entre parto en casa y *Liga por la libertad de vacunación*, por ejemplo, u otros proyectos muy críticos hacia cierta visión de la salud, de las que las vacunas forman parte integrante, han ido emergiendo de una revisión de la documentación histórica de Nacer en Casa. Por lo tanto, y aunque sería enormemente más fácil no mencionar el tema, se suele introducir con la intención fundamental, y muy conseguida, de sembrar dudas, a partir de una postura de evidente suspicacia hacia esta práctica. A pesar de que parece bastante común entre las personas que deciden parir en casa cuestionar la utilidad y/o la inocuidad de las vacunas, cimentándose a menudo en un análisis pormenorizado de cada una de ellas, es también cierto que no siempre es así, y que en los grupos es un tema que llega a suscitar encendidos debates.

La sesión dedicada a las vacunas representa sin duda uno de los momentos de debate más intensos, más participativos, y más interesantes. Es una cuestión que puede socavar certezas y producir auténticas crisis, o generar reacciones muy escépticas y, en todo caso, gran cantidad de preguntas, observaciones y ejemplos, en un intento de llegar a algunas conclusiones. No se llega, no obstante, a

ninguna conclusión clara. Las comadronas proponen algunas reflexiones, generan controversias, moderan las intervenciones, pero no dan respuestas definitivas. Se produce, más bien, un juego de fuerzas, un oscilar entre una visión de la salud en la que las vacunas claramente no caben, y la negación a decidir en lugar de padres y madres. Su posicionamiento personal es claro, aunque para evitar dudas no es raro que se les pregunte directamente por las elecciones tomadas con su hijos/as. Pero el objetivo, como repiten incansablemente, no es convencer ni ofrecer soluciones, sino promover que cada madre y cada padre se plantee y negocie qué quiere hacer, en vez de considerar las vacunas algo inevitable. Es, en definitiva, un ejemplo excelente de proceso deconstructivo y mayéutico.

Para llevarlo a cabo, presentan distintos argumentos contrarios a la vacunación o a algunas vacunas en particular, y comentan síntomas y consecuencias de las enfermedades contra las que se vacuna, a saber: difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, haemophilus, hepatitis B, meningococo C, varicela, sarampión, rubeola, papera. Retomar una sesión dedicada casi por entero a este asunto permite visibilizar tanto las argumentaciones utilizadas como la activa participación del grupo, en algunos momentos caótica por la superposición de distintas voces.

Después del habitual tiempo dedicado a dudas, observaciones y preguntas, esta vez de unos veinte minutos, Francisca lanza su primera provocación: ¿qué es la medicina preventiva?, pregunta²⁹. Lo hace después de haber comentado que una actriz conocida había decidido, unos días antes, someterse a una mastectomía, para prevenir un probable cáncer de mamas. La discusión es muy distendida, y se van confrontando diversas nociones de prevención o de medicina preventiva: alguien habla de aumentar el número de pruebas y controles cuando hay una probabilidad elevada, un riesgo genético de padecer alguna patología; otros se centran en los hábitos de vida saludable o en abandonar costumbres poco sanas, como por ejemplo fumar. *Intervenir* médicamente de manera preventiva, en cambio, no aparece entre las definiciones de las personas presentes. Francisca, entonces, da un paso más y pregunta por el significado de prevención en política exterior y, más en concreto, en la política estadounidense. “Atacar” e “invadir” son las palabras que se van pronunciando en la sala. Es lo que posibilita llegar a una noción de prevención muy concreta, que atraviesa decisiones políticas y médicas y que, en definitiva, forma parte del sustrato securitario ya analizado en el capítulo anterior. De esta manera, se introduce el tema de las vacunas, definido, desde el principio, como “el tema más conflictivo del grupo”, por un motivo muy concreto, que Francisca expone en las siguientes palabras: “Porque tenemos a hierro grabado que fue la medicina preventiva la que nos ha salvado a nivel de salud”. Las vacunas serían el ejemplo paradigmático de

²⁹ Audio Grupo A.

la obra de salvación de vidas cumplida por la biomedicina, desde una óptica claramente monocausal.

Una prevención de este tipo pierde gran parte de su sentido si se mira a la salud y a la enfermedad como a situaciones de mayor o menor equilibrio, provocadas por un conjunto de elementos que interactúan entre ellos, siendo la multidimensionalidad algo no accesorio, sino fundamental y transversal.

Las palabras de Laura expresan con claridad y simplicidad qué se entiende por dos paradigmas distintos, que ha también dibujado en la pizarra, propendiendo claramente por el segundo de ellos. Se llamarán aquí “unidimensional” y “multidimensional” (o holístico):

Desde aquí [paradigma multidimensional], cualquier enfermedad, sea infecciosa o sea la que sea, no tiene que ver con el bicho o solo con el bicho que viene, sino con que se están dando las circunstancias pa que tú te enfermes. A estos tres niveles³⁰. Esto [paradigma unidimensional] no: nada de circunstancias. Llega un bicho, te ataca, te enfermas. ¿No?

La consecuencia de estas diversas interpretaciones es que, en el primer caso, se busca restablecer un equilibrio entre varios factores que han llegado a producir un síntoma, mientras que en el segundo se interviene sobre el síntoma o, cuando es posible, y cada vez más, previamente, para evitar en un futuro enfermedades particulares. Esto implica también, evidentemente, identificar una patología con un único elemento aislable. Estas dos visiones se presentan también como dos enfoques internos a la biomedicina, a través de personajes históricos como Pasteur y Béchamp. La disputa teórica entre estos dos científicos deviene representativa de un proceso histórico más complejo, en el que se va trazando el éxito de una de estas dos vertientes. Contado en forma de anécdota, la diatriba entre los dos, o entre la prioridad del “agente patógeno” o del “territorio”, se convierte en un ejemplo de la afirmación conflictiva de determinadas teorías y prácticas médicas. Las dos horas de la sesión no darían tiempo para profundizar ni en éste, ni en otros argumentos presentados para dudar del actual modelo de vacunación infantil masiva. Así, a pesar de que el encuentro al que se hace referencia aquí se prolongó media hora más, la cantidad de cuestiones mencionadas dejó abiertas muchas de ellas.

En el análisis del audio se han contabilizado una quincena de argumentos propuestos por las matronas y discutidos de manera algo caótica. Se pasa de una pregunta a otra, de observaciones a ejemplos de experiencias personales o conocidas, a noticias leídas o escuchadas, a comentarios incrédulos y algo resentidos, a objeciones y razonamientos fundamentados en los conocimientos biomédicos más especializados de algunas de las presentes.

³⁰ Los tres niveles serían el biológico, el psicológico y el social. Ha borrado, por contra, un cuarto nivel: el espiritual, “para llevarse bien”, según dice.

Al inicio de la sesión, después de un importante debate sobre el sida, que asume los contornos de una metonimia del miedo al peligro de contagio, una de las dos comadronas exhorta a volver sobre el tema de las vacunas infantiles, preguntando qué saben de ello. Como en otras ocasiones, las respuestas se van resumiendo y apuntando en la pizarra. Lo que va saliendo es que las vacunas “dan fiebre”, “te las ponían en la escuela por fuerza”, “previenen”, “ayudan”, “han evitado grandes epidemias”, “algunas tienen excipientes muy tóxicos”, “dejan marcas”. A partir de estas aportaciones se va construyendo el sucesivo debate.

En primer lugar, las comadronas añaden sus observaciones, sosteniendo que la protección no siempre es total, ni indefinida en el tiempo, que no son obligatorias, que tienen efectos secundarios, que algunos componentes producen efectos tóxicos, que su aplicación intramuscular salta las normales barreras de entrada de los agentes patógenos, que se está actuando sin conocer sino una mínima parte de cómo funciona el sistema inmunitario, que poner varias a la vez podría ser de por sí problemático, que la curva de mortalidad ha empezado a bajar antes de la difusión de las vacunas y que se ha dado un cambio, en el “primer mundo”, del prevalecer de enfermedades infecciosas al progresivo aumento de las autoinmunes. A ello se agrega una reflexión sobre los intereses económicos que giran alrededor de estos fármacos y, finalmente, un breve análisis individual de cada enfermedad para la que se aplica una vacunación en los primeros meses de vida: sus síntomas, problemas que puede producir, experiencias de quien ha pasado por ella y presencia o ausencia de la enfermedad en el Estado español. Se delinea, para la mayoría de los casos, una peligrosidad asociada a las complicaciones más que a la propia enfermedad. Bien detectadas y curadas, muchas de las enfermedades mencionadas no representarían problemas graves ni producirían grandes consecuencias, a decir de quienes han pasado por ellas o han cuidado de niños/as enfermos/as de varicela, sarampión, papera o tos ferina, por ejemplo.

Las que suscitan mayores preocupaciones son, sin lugar a dudas, la poliomeilitis, la meningitis y el tétanos, que también generan discusiones más largas³¹.

Cabe señalar que, a diferencia de en cualquiera de las otras sesiones, en este caso toda información proporcionada es rebatida por otras que van en un sentido contrario, y toda afirmación puesta en entredicho por una serie de observaciones y de comentarios. Algunos ejemplos de objeciones pueden hacer vislumbrar la vivacidad del debate. La afirmación de la toxicidad de los coadyuvantes se rebate argumentando que también nos alimentamos de pescado que contiene metales pesados, y

³¹ Respeto a la polio se informa que el último brote en el Estado español se dio en los años 80 del siglo pasado. Sobre la meningitis se hace notar que se conocen tres tipos, y que sólo existe vacuna para una de ellas, que no inmuniza de las otras dos. En cuanto al tétanos, se configura como una de las vacunaciones más paradójicas, ya que en todo caso se suele volver a administrar si se produce una herida posiblemente causante de infección (profilaxis antitetánica pos-exposición), esto es, tal y como se explica en la clase, una herida profunda y que se da en condiciones anaeróbicas.

que sin embargo se sigue vendiendo. A la formación tardía del sistema inmunitario, se responde con la existencia de un sistema inmunitario innato. A la inocuidad de algunas enfermedades infantiles, con la experiencia nada agradable de quien pasó por ellas ya adulto. A la falta de cobertura total de las vacunas, con que simplemente habrá que repetir las. A los efectos secundarios, con que cualquier medicamento tiene efectos secundarios. A la insensatez de poner varias vacunas a la vez, con que todas las personas que están allí lo han vivido. Y así sucesivamente.

Para evitar que el diálogo se convierta en una sucesión de ataques y contraataques, en una serie de enfrentamientos estériles entre posturas a favor y en contra de las vacunas, las comadronas tendrán que repetir en distintas ocasiones que su objetivo no es el de convencer ni de dirigir sus decisiones. Aunque sus posturas más que escépticas hacia las vacunas resulten evidentes, en ningún momento se sugiere qué hacer. Se invita, en cambio, a un proceder no automático, sino reflexivo y crítico.

Las observaciones propuestas se van moviendo de una materia a otra, de un nivel a otro. Se pasa, así, de cuestiones político-económicas (enfoque preventivo aplicado a distintos ámbitos, intereses de las farmacéuticas y sesgos de la investigación biomédica), a cambios histórico-epidemiológicos (curvas de mortalidad y diferencias en las tipologías de enfermedades), a motivos más propiamente clínicos (cuestionamiento de la efectividad, efectos secundarios, toxicidad, debilitamiento del sistema inmunitario, crítica a las formas de aplicación, tratamientos existentes, gravedad de las complicaciones y nexos con el tipo de tratamiento, desconocimientos científicos), a cuestiones ético-legales, haciendo hincapié en la no obligatoriedad de la administración. Se lleva, además, la discusión de un plano teórico abstracto, referido a los distintas maneras de mirar los procesos de salud-enfermedad, a la alusión a estudios concretos (manteniéndose, así, dentro del paradigma biomédico), a su experiencia como profesionales y como madres. Lo que puede parecer un conjunto incoherente de distintos argumentos que se mueven en varias direcciones, se puede también interpretar como un intento de abrir la discusión hacia caminos poco recorridos. Si varios de ellos se encuentran apenas esbozados es, por un lado, inevitable, dadas las limitaciones temporales de los cursos y, por otro, intencionado, ya que el objetivo último es, precisamente, invitar a profundizar personalmente en aquellos temas que crean mayores incertidumbres. Por otra parte, si la discusión se desarrolla en distintos niveles, es también cierto que todos ellos se engarzan en un paradigma específico. Es decir, aunque se pueda incidir en los efectos tóxicos de algunos componentes, por ejemplo, o en la explicación, absolutamente fisiológica, de la importancia de no cortar una fiebre, muy especialmente si es consecuencia de una vacuna, el núcleo principal, y al que se vuelve reiteradamente, representa, en realidad, la base teórico-conceptual sobre la que se desarrolla toda la preparación al parto. Y sin embargo, lo que se acepta de buen grado en relación a otras temáticas, en este caso parece olvidarse constantemente, tanto que las comadronas vuelven a esa específica visión

de la salud de muchas maneras distintas. Si el peso de lo emocional o de lo social en el embarazo, o incluso en un común dolor de cabeza no produce, por lo general, reacciones de extrañeza (*cf. infra*, epígrafe 4.1), admitir su importancia para las enfermedades infecciosas puede resultar hasta escandaloso. Hablar del trinomio biopsicosocial, por tanto, no se consideraría pertinente en todos los casos, el biologicismo mostrándose extraordinariamente persistente en el momento en que la discusión se desplaza de la fisiología del epp, o de algunos malestares concretos en los que parece innegable la influencia de distintos factores, al terreno de una patología interpretada como eminentemente “física”. Esta manera de proceder es también un reflejo del pensamiento biomédico experto, que admite la validez de las dimensiones no biológicas de la enfermedad de manera puntual y parcial.

Finalmente, la repetida insistencia del grupo por obtener, al menos, algunas “certezas”, lleva a la formulación de algunas recomendaciones. Se pregunta, por ejemplo, qué temperatura es preocupante para una fiebre infantil, qué vacunas serían más recomendables o menos tóxicas, si en caso de una epidemia es cuando tendría sentido vacunarse, si la lactancia materna evita enfermedades, y otras formulaciones de este tipo. Se intenta conseguir un sí o un no, un número (como en el caso de la fiebre), o un nombre (como para las vacunas más importantes). Las respuestas no se dan en estos términos, y sin embargo llevan a algunas recomendaciones generales bastante claras y a soluciones de compromiso³².

La riqueza del intercambio dialéctico contribuye también a la visibilización de algunas contradicciones o de unos cuantos callejones sin salida. Se remite, por ejemplo, a estudios científicos y publicaciones contrarias a la vacunación masiva pero se recuerda, simultáneamente, la inexistencia e incluso la impracticabilidad de ensayos clínicos que tengan por grupo de control personas no vacunadas. Se niega la relación lineal causa-efecto entre agente patógeno y enfermedad, pero también se reconoce que no es posible controlar y evitar las condiciones que facilitan enfermarse y, por lo tanto, no se ofrecen alternativas tranquilizadoras. Se apoyan muchas afirmaciones en la experiencia personal o de personas afectadas por las vacunas, pero al mismo tiempo no se puede negar que gran parte de los/as participantes en el grupo han sido vacunados/as y consideran no estar tan mal.

Es precisamente en el terreno de lo no demostrable, sin embargo, donde en realidad deviene más clara la visión de la salud que se promueve. Es en la sesión sobre las vacunas infantiles que cuestionamientos radicales dan lugar a reformulaciones totales, aplicables y explícitamente

³² En concreto, se recomienda no vacunarse nunca a lo largo del embarazo; no cortar el aumento de temperatura corporal que se da en algunos casos posteriormente a la administración de una vacuna; prestar atención a las reacciones del bebé y detener la vacunación si se nota algún cambio en su comportamiento; retrasar la aplicación de cualquier vacuna hasta los dos años y prolongar la lactancia materna hasta la misma edad. Son las únicas respuestas cerradas detectadas, acompañadas siempre por explicaciones y discusiones.

aplicadas a otras esferas y momentos vitales. Por un lado, la enfermedad se configura como un lenguaje del cuerpo (*cf. infra*, epígrafe 4.1), como algo no necesariamente malo, y como una llamada de atención sobre carencias o aspectos desatendidos. Por otro, las comadronas rechazan explícitamente el papel que intentan asignarles una y otra vez, y que se traduce en delegar en ellas decisiones y responsabilidades. Sustituir unas figuras expertas con otras, evidentemente, no representaría ningún cambio significativo en la relación entre personal sanitario y población, ni en la manera de enfrentarse a problemas y decisiones vitales. Su visión de la enfermedad implica también, en último término, una visión de la salud en la que es determinante el actuar cotidiano más que las intervenciones clínicas, la autogestión más que las opiniones expertas, las valoraciones complejas más que indicaciones o prescripciones. Se confirma, además, la importancia de lo “no racional” también en la toma de decisiones. A pesar de las informaciones proporcionadas, al admitir que se desconocen algunos procesos o que no existe consenso científico sobre las vacunas³³, se sugiere que cada cual decida según sus miedos y sus sensaciones, optando por lo que produce menor temor y angustia, sea la enfermedad o la vacuna. Se reconoce, por último, en el posicionamiento personal, la ausencia de imparcialidad³⁴.

Los tres extractos reproducidos a continuación expresan con mayor claridad estos puntos. Sobre el sentido y el valor de la enfermedad, resultan esclarecedoras las palabras de Laura:

Sea es que de todas maneras nos podemos enfermar cualquier día y en cualquier momento. y que la enfermedad a lo mejor no es tan terrorífica, a lo mejor nos hace crecer, a lo mejor nos hace parar, a lo mejor nos hace ver algo que no habíamos visto.

En cuanto a las expectativas puestas en las comadronas y el reiterado rechazo de éstas de cumplir con ellas, ofreciendo respuestas claras y soluciones siempre válidas, puede ser emblemático este intercambio:

Hombre 1: Si, pero yo no sé de enfermedades. Yo qué sé, me suenan ya todas, un nombre este que me decís, me suenan todas una putada, vamos. [alguien ríe]. Entonces no sé si hay un punto intermedio, de decir: pues mira, las importantes importantísimas son estas tres o estas cuatro, estas deberías de ponértelas, además piensátelo no sé qué.

Francisca: A ver, nunca nosotros vamos a hacer esto, nunca nosotros vamos a hacer esto. yo te cuento todo esto, ahora tú tienes que hacer, hacerte un estudio universitario [ríe], meterte en Internet, meterte en máster, si quieres te paso mi libro gordo de Petete, te lo lees, y tú reflexionas contigo mismo y

³³ En lo relativo, por ejemplo, al funcionamiento del sistema inmunitario o a los efectos a largo plazo de las vacunas. De manera parecida a lo señalado para el embarazo y para el parto, en este caso la imposibilidad de un grupo de control constituido por niños/as no vacunados/as hace que muchos interrogantes se queden abiertos, desde un punto de vista clínico.

³⁴ Una de las comadronas ha vivido en su hijo algunos “efectos indeseados” de las vacunas, por lo que afirma su parcialidad sin rodeos.

dices: ¿y yo ahora qué hago con esto?

Mujer 1: Es que supongo que tampoco hay una verdad estadística de todo esto, ¿no? Es decir, tampoco habrá una cosa estricta, que tú dices para todos.

Laura: No, no vamos a hacer esto porque nosotras nunca os vamos a decir lo que va bien para ti, porque yo no tengo ni idea.

Mujer 1: Porque depende de muchas cosas, supongo.

Laura: No, no [hablan varias a la vez], porque yo a nadie le voy a decir [...].

Hombre 1: Pero tenéis hijos ¿no? Y habéis hecho también [...]

Laura: Yo os puedo contar mi experiencia, claro, pero yo no os voy a a decir: Alejandro, no vacunes a tu hijo, jamás te diré esto.

Hombre 1: No, no, yo *por lo menos lo que tú has hecho*.

Se insiste, pues, en un único, incontrovertible, punto de partida, a saber: el rechazo de asumir la posición de expertas, al menos en el sentido de señalar lo correcto y lo equivocado. Es, ante todo, un posicionamiento ético y político. Pero la invitación a evitar delegar choca con la necesidad de algunas certezas a las que aferrarse. A falta de ellas, se les pregunta por sus decisiones personales con sus respectivos/as hijos/as, lo que nos indica un reconocimiento de autoridad no basado tanto en titulaciones académicas sino en la confianza que se genera a lo largo de los encuentros individuales y grupales, y a la que contribuye ciertamente la franqueza con la que se responde a toda pregunta. Pero también revela una incapacidad o una profunda dificultad a asumir una autonomía plena, prescindiendo de recetas de especialistas.

Finalmente, las palabras de cierre de Francisca dejan claro la finalidad de esta sesión grupal:

Francisca: Yo la recomendación que os hago es que leáis mucho, os informéis [...], a partir de este [...], esto ha sido un aperitivo, una introducción, un interrogante en lo que ya se conoce, y ahora tenéis que bucear y poner os ahí a ver qué os resuena, qué no, con qué estoy mejor, con qué estoy peor, qué os da más miedo.

Desmontada la percepción de obligatoriedad³⁵ y/o incontestabilidad de las vacunas, se multiplican las posibilidades, y al deseo de elegir siempre lo mejor para su prole, al miedo y a las incertidumbres, se añade la conciencia de la dificultad de tomar decisiones a contracorriente. Es una de las numerosas cuestiones que se plantea a lo largo del encuentro analizado, y que vuelve con más vigor en los relatos de algunas madres.

³⁵ Cabe señalar que en algunos países europeos, como Italia, determinadas vacunas infantiles son legalmente obligatorias.

3. Del epp a la vida entera

En los grupos de preparación, no solamente se produce un cuestionamiento de visiones y prácticas biomédicas comunes, sino que se pone en duda la validez de un modelo social y político-económico. La reflexión sobre las necesidades en el epp lleva, en efecto, a un profundo cuestionamiento de las prioridades vitales socialmente compartidas. No es mi intención revisar todas las críticas elaboradas en las sesiones a las que he asistido. Algunas de ellas, además, han ido ya saliendo en los apartados anteriores, mostrando cómo el espacio del grupo se convierte en un lugar de confrontación entre multitud de posiciones y posibilidades. En este epígrafe lo que se pretende señalar es cómo las discusiones que se generan alrededor del epp, y que parten de las vivencias propias o de otras, llevan a significativas redefiniciones, que no se limitan solamente a este periodo, aunque partan de él.

3.1. El embarazo

Los considerables cambios corporales vividos en el embarazo obligan, en más de un caso, a bajar el ritmo, dejar algunas actividades, delegar tareas. Algunas mujeres viven con cierta culpabilidad y a veces con irritación la necesidad de descanso, los modos más torpes y lentos, la incapacidad de seguir tan concentradas y activas como antes del embarazo, o incluso el simple hecho de despertarse más tarde o no conseguir mantener unas rutinas estables. Aunque no todas pasen por unos cambios profundos en su cotidianidad, muchas expresan incomodidad, malestares y dificultades que se relacionan, a menudo, con actividades demasiado aceleradas o poco atentas a las nuevas necesidades. Comentarios sobre este tipo de situaciones suelen salir en la parte inicial de las clases, en la que se intercambian también estrategias y formas de adaptarse a las nuevas exigencias. No se trata solamente de conseguir bajas laborales, o de saber comunicar necesidades a la pareja o al entorno más inmediato sino, en primer lugar, de aceptar otro ritmo, otras necesidades y otras capacidades. La realidad del hijo/a se manifiesta con mayor evidencia y desde luego mucho antes para las madres que para los padres, precisamente por su carácter corporal y por los efectos que produce en la cotidianidad. Algunas se muestran francamente molestas por tener que dejar su actividad laboral, o culpables por sobrecargar sus compañeras/os de trabajo, o fastidiadas por sentirse menos independientes tanto a nivel económico como en el desenvolvimiento de algunas tareas. En los grupos de preparación se aprende a aceptar la lentitud que impone el embarazo, o algunos momentos del embarazo, por las reflexiones que se generan pero sobre todo por tratarse de

una situación compartida. Algunas se ven caminando más lentas, otras tardando muchísimo en actos tan sencillos como ponerse unos zapatos, otras teniendo que renunciar a actividades de las que disfrutaban o delegar tareas de las que se encargaban ellas. En algunos casos se asiste a una interesante reestructuración de roles en la pareja, subrayada también en otros estudios³⁶, en aquellas situaciones en las que la limpieza y las labores domésticas recaían casi por entero en la mujer. Y sin embargo, precisamente allí donde hay un reparto más igualitario, dentro y fuera de la casa, parece muy difícil asumir que no se puede dedicar el mismo tiempo o la misma energía a lo que se hacía antes. No es simple aceptarlo y puede ser aún más arduo pedir ayuda. En una sociedad en la que se educa en la independencia individual, y en la que se han ido quebrantando los vínculos comunitarios, no sorprende que jóvenes madres trabajadoras muestren su profunda reticencia al experimentar la necesidad del apoyo:

Y ahí ha habido muchos momentos en que uf, de desesperación, de decir: necesito ayuda, necesito a gente que me limpie, que me haga de comer, y que me cuide, porque no puedo. Y eso, uy [...], y a mi me ha costado mucho, ¿eh? porque yo soy de yo todo puedo [Nuria, 30 años].

Nuria tuvo pérdidas de sangre en el embarazo, se encontraba débil, muy sensible a los olores, pero sin fuerzas para cocinar, limpiar o estar pendiente de un cachorro que le orinaba en casa. Esta situación fue motivo de conflicto en la pareja, y ambos la mencionaron en entrevista. A ella le resultaba difícil comunicar sus nuevas necesidades, mientras que él parecía no darse cuenta, o aplazaba una y otra vez lo que se le había pedido. A pesar de que la situación de Nuria es algo extrema, por las complicaciones que se presentaron, los dilemas que se desencadenan por la reducción de actividad que conlleva a menudo el embarazo, especialmente en los últimos meses, son bastante comunes.

Eva es violinista, se mostró muy enérgica y activa hasta el final de la gestación, pero vivió con cierto malestar tener que dejar los conciertos y no contribuir durante unos meses a la economía familiar. Valeria trabaja como investigadora, le costó no mirar el correo cotidianamente y no estar pendiente de las tareas que se iban acumulando. Para mantener cierta rutina, y no despertarse excesivamente tarde, optó por apuntarse a un curso de natación para embarazadas por la mañana, que la obligaba a un ritmo más estable. El empleo de Cristina es de panadera, en los últimos meses

³⁶ En un estudio sobre la adecuación cultural de los servicios socio-sanitarios en un contexto de inmigración italiano (en Toscana), las autoras subrayan el importante papel de soporte, en el parto y en el posparto, cubierto por maridos musulmanes de distinto lugar de origen. En contra de la idea muy difundida entre el personal sanitario de una subordinación de las mujeres musulmanas a sus parejas, y a falta de redes de apoyo entre mujeres, comunes en los contextos de origen, los maridos se encargan de una multiplicidad de tareas (Marchetti y Polcri 2013). Obviamente puede tratarse de reajustes solamente temporales, que encuentran su expresión última en la obtención de apoyo familiar y social en los casos de cesárea, en los que es el ser reconocidas como pacientes sometidas a una operación lo que garantiza el cuidado (Fox y Worts 1999).

del embarazo ha dejado las tareas más pesadas, pero la sensación de cansancio la invade, impidiéndole seguir con sus anteriores actividades (no sólo laborales) y obligándola a descansar más.

En los grupos se discuten los reajustes que produce el embarazo, en la pareja, con las amistades, en el entorno laboral. Y lo que sobresale es una dificultad de adaptarse a ritmos más pausados o, ligado a esto, a que las otras personas los acepten. Parece significativo, a este propósito, que en un caso se empezó a fingir algunas molestias para que en el trabajo se fuesen acostumbrando a la idea de una baja antes del parto. La ausencia de síntomas físicos, así, se interpretaba como un posible obstáculo para el momento en que se hubiera querido dejar el trabajo. En una situación de escasez de personal y de una elevada carga laboral, su baja podía ser interpretada como un auténtico “abandono”. Decidió, por tanto, dejar de decir que iba todo “muy bien”, porque “entonces en el momento en que me quiera ir no lo van a entender”.

Como se ha señalado, el tema de las bajas, de a quiénes dirigirse y cómo conseguirlas, es frecuente en los grupos, y debatido casi siempre entre las madres, con raras intervenciones de las comadronas. No deja de solucionarse, sin embargo, a un nivel estratégico, gracias a malestares reales o fingidos, y a la alianza con algunas figuras sanitarias. No se trata solamente de un problema legal. Ciertamente existen legislaciones más avanzadas en cuanto a derechos sociales en el embarazo, y ciertamente las estrategias propuestas en los grupos pueden forzar o esquivar, en parte, las normativas existentes. Pero el nudo de la cuestión aquí es otro, y tiene que ver más bien con la interiorización de la prioridad del trabajo remunerado, y con la mayor valoración de determinados tipos de actividades sobre otras. Son las propias mujeres embarazadas las que a menudo no soportan sentirse “inactivas”. Son sus “otros/as significativos/as” (amistades y sobre todo parejas), y no solamente jefes y colegas de trabajos, los/as que no entienden su situación vital diferente. Si a nivel social las necesidades en el embarazo así como en la infancia, en la vejez o en las discapacidades no se contemplan, a nivel individual no se aceptan de buen grado. La dificultad de expresarlas, y de que sean escuchadas, percibidas, atendidas, es reflejo y producto de un modelo sociocultural en el que el empleo, si ya no nos identifica, sigue ocupando un lugar primordial, y la autosuficiencia, el “valerse por sí mismo/a”, siempre y en cualquier situación, adquiere unos contornos cuasi míticos. La falacia de la independencia individual, uno de los mitos más poderosos y más disparatados del capitalismo, y la puesta en evidencia de las interdependencias, que emerge tímidamente a lo largo de la gestación, explota en el período de posparto (cf. *infra*, apartado 3.3).

Las que devienen madres por vez primera es común que no hayan experimentado nunca de manera tan clara los límites a su capacidad de acción individual, y la necesidad del otro o de la otra. Con

esto no se pretende hacer de toda embarazada una inválida, sino al contrario subrayar cómo algunas incapacidades parciales de un momento puntual de la vida pueden llevar a reflexiones más generales. Pueden, en última instancia, hacer pensar sobre la conveniencia de determinadas prioridades sociales, los beneficios de los ritmos acelerados, la “veracidad” de la independencia. Pueden poner al descubierto aquellos lazos de interdependencia que en realidad son propios de cualquier ámbito de la vida humana, aunque históricamente ocultados. Hacer hincapié en la invisibilización de toda una serie de actividades necesarias para la vida ha representado también una de las principales aportaciones feministas a la Economía, y una importante ruptura con el pensamiento económico “clásico”. En palabras de Amaia Pérez Orozco (2013: 9): “Todas las personas necesitamos cuidados todos los días de nuestra vida, aunque a lo largo del ciclo vital la intensidad y el tipo de cuidados que necesitemos varíe”.

Por último, cabe señalar que el periodo de gestación se describe también en términos de introspección, de cambios emocionales, de sensibilidad, de creatividad. Esto lleva a otro tipo de actividades, como tejer, escribir, tocar, cuya valoración en términos utilitaristas es prácticamente nula. A ello se añade el estar gestando una vida, un trabajo corporal, un esfuerzo en muchos sentidos que, si bien ha sido puesto en evidencia desde un punto de vista científico, al insistir especialmente en la sobrecarga del sistema endocrino, no goza de especial reconocimiento social ni implica una atención particular a las necesidades concretas de quien se embaraza, más allá de las recomendaciones relativas a los “hábitos saludables” para este periodo. Es más, la misma percepción de no poder continuar con todas las actividades anteriores, no conseguir concentrarse, o no conseguir estar sentadas demasiado tiempo, puede exasperar o llevar a sentirse “inútiles”. La utilidad de algo depende, como cualquier otro concepto, del marco en el que se le significa. Si el descanso, los ritmos lentos o las actividades creativas no remuneradas no están precisamente en la cúspide de la escala social de valores, dentro de un modelo político-económico determinado, las intervenciones de las comadronas en el grupo de preparación contribuyen a una significativa recolocación. En ellos se incide en que estar gestando una vida no es “no hacer nada”, en que es importante aceptar otros ritmos, en la medida de lo posible y aunque no esté socialmente contemplado, y en el valor de los pequeños disfrutes cotidianos.

Así es como Laura responde a las quejas de una madre, a sus sensaciones de tristeza y frustración. Se dirige a ella, porque es la acaba de hablar, pero a la vez también a todas las presentes:

A ver si puedes [...], podéis priorizar, reducir. Como en el embarazo cuesta mucho, vamos, esto lo estáis viviendo vosotras, es como la actividad dentro [...], dentro están pasando un montón de cosas, están cambiando un montón de cosas. Entonces a veces lo de fuera se ve como super grande y cuesta

mucho meterle mano a muchas cosas, como con la mente no estamos igual [...]. Entonces hay veces que hay que decir los mínimos, los mínimos. Ya no es como antes que podíamos hacer 200 cosas a la vez, ahora podemos hacer 150 [ríe]. ¿No? Estos mínimos, con qué mínimos me quedo, vamos a ponérselo fácil un poco [audio grupo C].

Más adelante en la sesión Laura hará hincapié en la importancia de vincularse ya con el bebé, de que el padre le hable, y de que se tenga en cuenta que ya está ahí. La atribución de “realidad” al hijo/a, así como la capacidad de seleccionar prioridades o de cuidarse y reconocer los propios límites puede considerarse parte de una especie de preparación para el periodo de posparto, o de no separación neta entre una fase y otra³⁷:

Y en la medida en la que yo me vinculo al bebé, y que lo tomo en cuenta, luego el posparto es más fácil, porque no es como ¡ostra, ahora de repente [...], sino es que ya está presente, ya estamos hablando como si tuviéramos un bebé en medio, porque lo tenemos. Y luego pues cada uno a su manera [se refiere a las maneras de dirigirse al bebé].

En cuanto a las formas de conexión entre madre y bebé, éstas pasarían, más que por palabras, o además de por las palabras, por una “parte energética” y una “parte hormonal”. Aquí las hormonas, que en más de un caso han servido para la elaboración de teorías esencialistas sobre los sexos, o para justificar en términos biológicos malestares “femeninos”, se utilizan con finalidades muy diversas. Por un lado, permiten relacionar la alegría y el placer con la salud, el estado de bienestar de la madre con el del bebé, y la comunicación en la pareja con la comunicación con la hija o el hijo. Por otro lado, también se reconoce la absoluta incongruencia de una felicidad obligatoria, reconducible a su conexión frecuentemente automática con el embarazo:

Lo nuestro, de las chicas es, a parte de que la voz también, hay una parte energética muy potente y está la parte de las hormonas ¿no? O sea si yo estoy más contenta o más triste, toda esta parte hormonal le está llegando. Entonces ahí está bien también, para facilitarle, como aclararle. En vez de intentar [...], es que hay veces que sale: no, como estoy embarazada no puedo estar triste, o como estoy embarazada, no me puedo enfadar. ¿No? Y es como: no, es que eres humana [ríe], y entonces te vas a enfadar, vas a estar triste, vas a pasar por todo. Pero sí contárselo. Ahora mamá está triste, ahora mamá está cansada, o ahora mamá está enfadada, pero que esto es mío. ¿Vale? Como pa irlo teniendo ahí. Y luego también, como mientras mejor estemos nosotras, más endorfinas segregamos, más endorfinas le llegan al bebé, pues es como bueno, pues hay que darse gustazos [ríe]. [...].

Entonces el embarazo realmente sería un momento como pa el disfrute. Lo que pasa es que en nuestra sociedad, como trabajamos, y llevamos mil cosas palante, y tó, esta parte no está contemplada, pero un poquito que vosotras la podáis ir metiendo. De cual va a ser mi ratito de disfrute hoy, ¿no? Y mi cuñita ahí de: ah, este rato. Que pueden ser cosas muy básicas, de sentarme ahí a tomar el sol, a comerme

³⁷ El planteamiento de continuidad y el tratamiento del bebé como sujeto ya desde dentro del útero, fuera de su contexto, puede dar (y da) lugar a equívocos de cierta relevancia desde un punto de vista feminista. Según relató Francisca en una de nuestras conversaciones, una periodista confundió sus palabras sobre los bebés y su negativa a hablar de feto con una postura antiabortista. Al contrario, a lo largo de las clases, la repetida insistencia en “dar realidad” al bebé se muestra estrechamente ligada al *deseo* de maternidad y paternidad. Se podría decir que es su puesta en acto, una forma de ir preparándose a lo que vendrá, de crear una relación desde antes de su salida al mundo exterior.

esto, a tomarme una ducha pensando qué gustazo el agua calentita. ¿Vale? No hace falta hacer algo súper grande, sino en lo pequeño, como ir poniendo consciencia con esto.

Así, lejos de culpabilizar a las embarazadas que no son “felices”, o de ignorar las realidades vitales de muchas, se sugieren sencillas estrategias cotidianas para cuidarse, y para ir preparándose a la situación que seguirá al nacimiento.

3.2. El parto

En los encuentros dedicados al parto las comadronas acompañan las explicaciones de todo el proceso con ejemplos múltiples de su experiencia con otras mujeres. Se pretende transmitir, entre otras cosas, que cada parto es diferente, que puede no doler pero que en la mayoría de los casos duele, que el dolor constituye sólo una mínima parte de una vivencia mucho más compleja, que la perfección no existe y que cada una lo vivirá a su manera, pudiendo siempre constituir una fuente de aprendizaje. Sin embargo, el núcleo duro es la convicción de que las mujeres pueden y saben parir, y que los bebés pueden y saben nacer. Del parto se habla en términos de poder, de fuerza, de misterio, de oportunidad de crecimiento y de aprendizaje, de un repaso repentino de todo lo vivido o de un “viaje” por la existencia transcurrida. La experiencia de parir y de acompañar un parto se interpreta como una demostración de las capacidades humanas, de la energía y de las potencialidades de cada persona. Parir se convierte, sobre todo para ellas, en una constatación de su propia fuerza. Después del parto no es raro que las mujeres se sientan reforzadas en su autoestima, más capaces de enfrentarse a situaciones difíciles, más “poderosas”. Las comadronas hacen hincapié precisamente en este poder, que deviene sinécdoque, en sus palabras, del poder de cada persona en su vida:

Francisca: Un poco pues la sensación de que lo que siempre he querido transmitir es que las mujeres podemos parir, que lo estamos haciendo y que lo podéis hacer. Es solamente volver a una sabiduría y a un contacto con vosotras mismas, con el cuerpo, y con vuestra pareja, para poder atravesar lo que queráis atravesar. Y que lo he visto. He visto el poder de las mujeres, he visto el poder de estos bebés, como abren el cuerpo para que os dejéis llevar. Y que esto es mágico y misterioso a la vez, y nunca sabes qué aprendizajes nos tendremos que llevar todos, ¿no?

[...]

El poder está en vosotras, no en mi ni en la de más allá, ni si acompaño yo, ni si si acompaña la otra. Está en vosotros. O sea que os lo devuelvo.

Laura: Todo vuestro³⁸.

El parto, a pesar de su importancia para madres y padres, y de representar un proceso muy intenso

³⁸ Audio Grupo A, última sesión.

para todas las personas que lo acompañan, que lo describen con palabras de admiración, asombro, estupor y profunda emoción, es algo relativamente corto. Las comadronas, si por un lado inciden en el dar a luz como vivencia de poder y de fuerza, por otro no se cansan de repetir que en el fondo el parto, por muy largo que sea, no ocupa más que un lapso de tiempo mínimo en la vida de una persona. A él seguirá un posparto bastante más largo, cuyas características y necesidades son ampliamente ignoradas, y al que no se suele prestar gran atención en el periodo del embarazo.

3.3. El posparto

En las clases dedicadas específicamente al posparto, además de explicaciones relativas a la recuperación física, los entuertos, los lactancia, las posibles complicaciones (ingurgitación, mastitis, grietas) o a algunos cambios o malestares comunes en los bebés, se habla de las dificultades y de las necesidades que caracterizan esta fase. A pesar de las palabras tranquilizadoras sobre el peso, la cantidad de leche, la capacidad para amantar, y en general el saber hacer como madres y padres, se insiste también en la dureza del posparto. “Dos son pocos”: es lo que afirman las comadronas para remarcar los límites de una pareja para la crianza.

La necesidad de los/as otros/as, apenas advertida durante la gestación, que es el período en el que se dan estos cursos, se manifiesta en toda su evidencia en el posparto. Las parejas presentes, en su mayoría esperando a su primer/a hijo/a, tienen en efecto una idea muy vaga de lo que conlleva tener un bebé. Sus intervenciones se centran en miedos, inseguridades, comentarios escuchados o lecturas. Las comadronas, en cambio, hablan del cansancio, de la responsabilidad, de la vulnerabilidad, de la probable aparición de recuerdos de la propia infancia, de los inevitables cambios en la pareja y de la importancia del diálogo, de cómo el bebé a veces se use para ocultar otros problemas o para llenar carencias, de lo difícil que es entregarse al cuidado de otra persona, del posible peso de las opiniones de las demás personas, de tensiones o sensaciones de incapacidad, llevando a tomar conciencia de las dificultades del periodo posterior al nacimiento.

En general, se muestran claramente a favor de la lactancia materna y de un modelo de “crianza con apego”, como se ha dado en llamar un tipo de cuidado no directivo y atento a las necesidades infantiles (*cf.* cap 6). Pero no lo convierten en una receta dogmática y siempre igual. Al contrario, la variabilidad de situaciones, problemas y soluciones enriquece sus observaciones a través de ejemplos y anécdotas. A diferencia de lo que Esteban (2000) define como “ideología culpabilizadora”, incluyendo en ella toda postura de defensa de los beneficios de la lactancia materna y de una crianza no encomendada a guarderías y espacios públicos, en los grupos se delinea una visión en la que, aunque es cierto que se señalan las ventajas de la lactancia, y no

exclusivamente en términos médico-científicos, también se subraya constantemente, y para todo el epp, la necesidad y la importancia de desmarcarse activa y continuamente de los sentimientos de culpa. Por otra parte, no se fomenta una división jerarquizada en la pareja, ni un aislamiento de la madre dentro de las paredes domésticas, ni se ignoran las condiciones materiales de existencia de cada familia. Hablar de extergestación, por ejemplo, o de “huevo”, para señalar la continuidad de la relación madre-hijo después del embarazo, la dependencia del bebé, y las maneras de facilitar el contacto continuo y la lactancia “a demanda”³⁹ no pretende marcar un camino universal de esclavitud y maternidad exclusiva. Las reflexiones propuestas de ninguna manera se reducen a una “defensa etnocentrista y universalizadora de los derechos y del bienestar de las criaturas, que deja al margen e incluso oculta las condiciones de vida concretas y diferentes de las mujeres y los grupos domésticos en los que crecen las criaturas” (*id.*: 209-210). pesar de la centralidad de niños/as en los discursos de las comadronas, no se atribuye la responsabilidad de su cuidado solamente a las madres. Asimismo, poner el acento en las necesidades de sujetos dependientes y vulnerables no implica necesariamente ocultar las exigencias y los problemas de las personas adultas que se encargan de su cuidado. El posparto se presenta, más bien, como un periodo lleno de tensiones y de contradicciones. Para la visión de la salud que se promueve, los diferentes contextos, contingencias y emociones no podrían no tenerse en cuenta. Precisamente para esto, para trabajar sobre las situaciones de cada mujer y de cada pareja, compartiendo preocupaciones y vivencias, sirven los grupos de posparto, que nacen de una evidente carencia de espacios de socialización para madres y padres con niño/as pequeños/as, y de un desconocimiento bastante generalizado de lo que significa convivir con y cuidar de personas de meses o pocos años.

Las recomendaciones previas al parto, en los grupos de preparación, suelen ser razonables, en el sentido que evitan tanto idealizaciones como indicaciones preceptivas. Así, por ejemplo, se prevé la necesidad de un periodo de adaptación mutua, se señala la posibilidad de desesperarse con un cólico o de asustarse con una fiebre o de agotarse por un despertar frecuente del bebé. Como siempre, las explicaciones no se limitan a los aspectos biológicos y las propuestas son bastante variadas, siendo enfocadas a que cada cual pueda encontrar las soluciones que más se adaptan a su situación. Sobre todo, y es lo que mayormente interesa en este apartado, se hace hincapié en la importancia de reconocer los límites de cada una, y de contar con una red de apoyo más amplia.

Para ello, se utiliza a veces una dinámica en la que se pone en el centro de un círculo de hombres una de las mujeres. La consigna es que cierre los ojos y se deje caer. Ellas se irán alternando en este

³⁹ Se define así un tipo de lactancia sin horarios marcados, y que responde a los requerimientos del bebé. Las maneras de llevar el bebé en pañuelos o mochilas, facilita, entre otras cosas, simultanear la lactancia o la cercanía materna/paterna con otras actividades. Para una reinterpretación de la lactancia y de la crianza infantil en clave activista y feminista, *cf.* Martos y Massó 2015, Massó 2013 a, b; 2015 a, b.

papel, mientras que sus parejas se muestran sumamente atentas, concentradas, preparadas para sostener a cada una y devolverla hacia el centro. Se está ya hacia el final del embarazo, el volumen y el peso de las mujeres es considerable, el silencio es total, a veces interrumpido por una risa. Algunas se dejan ir por todos los lados de maneras muy relajadas, otras muestran más resistencias, o no consiguen cerrar los ojos. Las palabras clave pronunciadas por las comadronas suelen ser de este tipo: acompañamos, cuidamos cuidándonos, nos fijamos en las diferencias entre unas y otras (para quienes están sosteniendo), y nos dejamos caer o confiamos o nos dejamos llevar, intentando no controlar (para la que está en el centro). Solamente al final se comentan las sensaciones experimentadas.

Se trata de un ejercicio común en terapias corporales-vivenciales, que se utiliza habitualmente para trabajar y fomentar la confianza, aquella confianza tan fundamental en todo el epp, para el modelo domiciliario de atención. El dejarse caer tiene un valor simbólico, de permitirse el abandono, o cierta pérdida de control, sabiendo que no se está sola. Es un simbolismo vivido corporalmente, y no sólo conceptualizado y expresado verbalmente. Sin embargo, precisamente gracias a las palabras de la comadrona y al sucesivo debate, se amplían sus significados, relacionándolos específicamente con el parto y con el posparto y prestando atención a las funciones del círculo de hombres. Se invita, durante el ejercicio, a estar atentos, aunque sin hacer nada, a probar a comprender las necesidades de cada una (de más o menos espacio, más o menos contacto, por ejemplo), respirar, soltar la tensión, no apretar las mandíbulas, cuidar la postura, ver cómo es sostener entre dos o tres. La relación con el parto se explicita haciendo referencia a la importancia de la comunicación no verbal, para acompañar desde el silencio y la atención. Pero el sentido de sostén colectivo, de red, de cuidarse a uno mismo y buscar apoyo en los demás se vincula sobre todo al periodo de posparto, tanto en las palabras de las comadronas, como en las observaciones de algunos padres. Uno de ellos, por ejemplo, afirmó que lo que más le había gustado era precisamente el trabajo en equipo, el compartir el peso, el saber que aunque la mayoría de la “carga” te llegue a ti, hay otras manos preparadas a tu lado. En otra ocasión, se señalaba la tensión, la responsabilidad pero también el alivio de que fuera compartida.

Empezar a hablar desde el embarazo de las posibles dificultades del posparto es, al fin y al cabo, previsible, dentro de un planteamiento de continuidad. Y la cantidad de preguntas formuladas demuestra la necesidad de tratar el tema. Visibilizar la vulnerabilidad de bebés y niños/as pequeños/as, así como los problemas más recurrentes que emergen en el trabajo con grupos de posparto y de crianza, al que también se dedican estas comadronas, permite romper, en al menos tres sentidos, con un modelo muy idealizado de crianza y, más en general, con formulas que acaban reproduciendo e intensificando un reparto del trabajo por sexos.

En primer lugar, especialmente en los últimos encuentros, se insiste en la importancia de que el padre se involucre en la crianza desde el principio. A este punto parece haberse dedicado progresivamente más espacio. Aunque se considere que la madre cubre la mayor parte de las necesidades infantiles en los primeros meses, ligadas en buena medida a las distintas funciones de la “teta”⁴⁰, se fomenta también la vinculación temprana del padre con su hijo/a. Ésta puede darse de muchas maneras: con paseos, baños, cambios de pañales, caricias, masajes, y trata, entre otras cosas, de no posponer el establecimiento de una relación.

En segundo lugar, uno de los principales papeles del padre en los primeros tiempos consistiría en cuidar del espacio y de las necesidades maternas, sostener a la principal cuidadora con su presencia y su trabajo en la casa. No obstante, dos cuestiones insoslayables limitan enormemente las posibilidades del apoyo paterno: el tiempo dedicado al trabajo remunerado, en ausencia de una legislación adecuada que contemple los permisos de paternidad; y el habitual aislamiento de la familia nuclear dentro de las a veces asfixiantes paredes domésticas. Si la primera cuestión no puede solucionarse sino a un nivel de políticas públicas, para la segunda se lanzan algunas propuestas desde las clases de preparación, tales como colectivizar la crianza, crear redes de apoyo de padres y madres, seguir compartiendo como grupo fuera de la estructuración formal del curso. Se sugiere, además, dirigirse a familiares o amistades, sobre todo en los primeros tiempos, para obtener formas de apoyo logístico como compra, preparación de comida, limpieza, y para conversar y eventualmente desahogarse. Se invita, así, a evitar que todo el peso de la crianza recaiga en la madre o en la pareja. A este propósito, es también interesante señalar las observaciones que se producen sobre el rol paterno en los primeros meses: se subraya la importancia de su trabajo “en la sombra”, haciendo hincapié en la novedad histórica que representa, y se avanza la idea de compartir momentos de encuentro entre hombres que estén atravesando una fase similar, para confiarse, desahogarse, intercambiar consejos y experiencias⁴¹.

En tercer y último lugar, como se muestra en el extracto que sigue a continuación, se remarca constantemente la inexistencia de las “madres perfectas”, y lo frustrante que puede llegar a ser tener expectativas y exigencias muy elevadas, tanto en la maternidad como en la paternidad:

Hay una parte de ponernos objetivos muy altos, que es un coñazo, en la maternidad. Vamos, en la vida en general, pero en la maternidad y en la paternidad es terrible. Y estamos en los grupos de posparto que todo lo que sale todo el tiempo como que no soy una buena madre o no soy un buen padre.

[...]

Como yo voy a darle teta cuatro años, y no voy a a darle chuches nunca y no va a mirar la tele nunca. Y luego al final uno va bajando porque yo que sé, porque vivimos aquí [Laura, audio Grupo C].

⁴⁰ Profundizar en las diversas funciones de la teta, más allá de su capacidad para alimentar, sobrepasa los objetivos de este texto. Algunas de las palabras que han ido saliendo en los grupos pueden dar una idea general de ello: vínculo, seguridad, alimento, consuelo, juego, contacto, compañía, calor, desarrollo neuronal, defensa, entre posibles otras.

⁴¹ El ejercicio anteriormente mencionado suele dar lugar a este tipo de propuestas.

Las reflexiones y propuestas sobre el posparto y la crianza van salpicando los encuentros de preparación. No se dan en una única sesión, aunque muchas veces la dinámica descrita anteriormente constituye un válido pretexto para algunas de ellas. Se delinea, en definitiva, una visión en absoluto idealizada, y que al mismo tiempo no se limita a señalar los aspectos problemáticos, sino que se demuestra también altamente propositiva. Se subraya la insostenibilidad de una maternidad solitaria de la que la única responsable sería la madre *todopoderosa*⁴², así como los límites de la pareja para la crianza, se rechaza una jerarquización de roles, se sugiere no ser demasiado autoexigentes, se ironiza sobre una supuesta perfección. Se proponen, finalmente, unos modos colaborativos de maternidad y paternidad, extendidos, además, fuera de la familia nuclear.

4. Resignificaciones

Además de los cuestionamientos señalados en los apartados anteriores, en los cursos de preparación es posible identificar un proceso de resignificación constante. Así, se atribuyen nuevos significados o matices a algunos conceptos comunes en biomedicina, y extensamente utilizados fuera del ámbito profesional o institucional. La más importante es, sin lugar a dudas, la resignificación del dolor en el parto, que caracteriza de manera general a toda la asistencia domiciliaria, y que puede resumirse en cuatro procedimientos clave. En primer lugar, se presenta como una situación pasajera, dirigida a un objetivo, el nacimiento, y que hace que se pueda vivenciar el parto de manera consciente y participe. En segundo lugar, se distingue el dolor del sufrimiento, entendiendo por éste último una percepción de amenaza e impotencia, de falta de recursos frente a una situación determinada (*cf.* Nuñez 2013). En tercer lugar, se afirma que el dolor ocupa solamente una parte mínima y no la totalidad de la experiencia de dar a luz, que el útero es también un lugar de placer⁴³ y que el verdadero enemigo a temer sería más bien el cansancio. En cuarto y último lugar, se transmite que es preferible “atravesar el dolor”, no resistirse o rechazarlo, sino entregarse como a un oleaje continuo, y expresarlo, sea con gritos, suspiros o frases⁴⁴.

⁴² Por maternidad *todopoderosa* se entiende la capacidad de la madre de atender a *todas* las necesidades de la criatura como leitmotiv ideológico que ha ido definiendo, con particular intensidad en el Estado español a lo largo del siglo XX, y según formulaciones diversas, lo que debería ser una “buena madre”.

⁴³ La posibilidad de partos placenteros o en los que se da una mezcla de dolor y de placer se menciona en las clases de preparación, aunque advirtiendo que la mayoría de las mujeres prueban sensaciones de dolor, y que podría resultar frustrante tener la expectativa de un parto “sin dolor” o incluso “orgásmico”.

⁴⁴ Para ahondar en las diferentes significaciones del dolor en el parto se remite al trabajo de Patricia Nuñez (2011 y 2013). Sobre la no comunicabilidad del dolor, la destrucción del lenguaje que produce, y al mismo tiempo la tensión comunicativa de una “poética del dolor”, impregnadas de metáforas, *cf.* Pizza 2005a: 107-118.

Además de la mencionada, en las sesiones grupales de preparación se producen otras importantes resignificaciones. A continuación se propone revisar algunas de ellas.

4.1. Factores de salud-enfermedad

Tratar el tema de los “factores de salud” o de los “factores que enferman” introduce el tipo de enfoque que atraviesa todas las sesiones, y con el que se interpretan eventuales malestares descritos en el embarazo así como posibles complicaciones en el posparto, en la madre o en el bebé. Las enfermedades, en las palabras de Laura y de Francisca, son un “lenguaje del cuerpo”, y como tal puede ser interpretado inmejorablemente por las personas que las padecen. En el encuentro que se dedica específicamente a este tema, se utilizan, como siempre, métodos participativos, para que las personas presentes vayan enunciando los distintos elementos que influyen en el estado de salud y de enfermedad⁴⁵. Las comadronas añaden otros, o van apuntando y comentando las aportaciones del grupo, pero también, antes de pasar al momento de debate, suelen presentar precisamente la definición de salud de la OMS:

Según la Organización Mundial de la Salud, desde hace un montón de años, que definieron la salud como un estado de equilibrio biopsicosocial y no solamente la ausencia de enfermedad.

[...]

Pero la medicina tradicional⁴⁶, a pesar de que esta es la definición de la OMS, se ha quedado con el bio ¿no? El psico y el social como que no cuentan. Entonces nosotros mismos decimos: no, me duele la cabeza pero es que son las hormonas⁴⁷. Pues a lo mejor no son las hormonas, a lo mejor es la crisis esta que tanto que lo estamos escuchando nos estamos volviendo ya locos, o a lo mejor son las exigencias, o a lo mejor un poquito de hormonas más un poquito de exigencia más un poquito de crisis [Laura, audio Grupo A].

A partir de las definiciones propuestas, se añaden gran cantidad de factores que pueden contribuir a la salud y a la enfermedad:

Laura: Aquí podríamos añadir un montón de cosas más, podríamos añadir el agua, la respiración, que no habéis dicho nada de la respiración [y lo va apuntando en la pizarra]
¿Qué más podríais añadir ahora que lo veis así?

[silencio]

⁴⁵ Los elementos que se mencionan pueden ser muy variados, más generales o relativos a comportamientos específicos. Entre ellos se encuentran: preocupaciones, excesos, carencias, exigencias, virus, cansancio, obligaciones, tóxicos y contaminantes, sedentarismo, alimentación, falta de cuidados, agresividad, trabajo, familia, dinero.

⁴⁶ Como en otras ocasiones el término “medicina tradicional” se aplica a la biomedicina.

⁴⁷ Está retomando aquí los comentarios anteriores de algunas madres sobre los dolores de cabeza en el embarazo. Cabe señalar que, a pesar de haber mencionado, en la lluvia de ideas, sobre todo factores ligados al estado anímico o a la situación socio-laboral, en ésta como en otras sesiones sigue prevaleciendo una interpretación biológica, orgánica u hormonal, de los malestares padecidos.

Mujer: Las relaciones, por ejemplo [la comadrona lo añade al listado]

Laura: De lo emocional no habéis hablado nada, pero si yo estoy triste y me lo como, al final esto sale. O si estoy cabreada y me lo como, me sale una ulcera, ¿no?

Hombre: El miedo⁴⁸

Una multiplicidad de elementos, por tanto, pueden confluír en la producción de un desequilibrio, y este desequilibrio puede afectar en distintos modos y traducirse en una enfermedad u otra, según la persona, y según su propia historia. Siguiendo con este razonamiento, algunas personas serían más propensa a un debilitamiento del sistema inmunitario (gripes o resfriados, por ejemplo), otras a alteraciones en el sistema endocrino (a nivel hormonal o metabólico, por ejemplo), otras a cargar el sistema musculo-esquelético (lumbalgia, ciática, dolores de espalda, etc.), y así sucesivamente. Es un desequilibrio acentuado que desemboca en una enfermedad particular, que puede perjudicar uno u otro de los sistemas corporales que constituyen el ser humano. Se respeta, en este sentido, una noción científico-anatómica, según la que un sistema se concibe como un grupo de órganos asociados que concurren en una función general. No se trata, en el fondo, de una visión totalmente diferente de la biomédica, sino de una conceptualización más consecuente con el principio general promovido a nivel internacional, de un equilibrio biopsicosocial como base para la salud. A partir de estas reflexiones no es difícil, para las presentes, explicar sus malestares en el embarazo con situaciones personales: tensiones, conflictos familiares, horarios laborales, desempleo, etc. Sin embargo, la resignificación del concepto de una salud y enfermedad biopsicosocial se va también ampliando, hasta desembocar en una lectura de los malestares y trastornos como expresión corporal de un desajuste en algún aspecto de la vida, según una visión holística de la salud (*cf.* Davis-Floyd 2001). Desde esta perspectiva, los síntomas, más que aniquilados, podrían ser interrogados y entendidos, representando una oportunidad de conocimiento, de crecimiento y de aprendizaje (*cf. infra*, epígrafe 6).

Laura: Es que el cuerpo habla con los síntomas. Y entonces si uno no lo escucha y lo tapa, va saliendo por otro lado. O sea, los síntomas van a ir saliendo, hasta que los miremos. Y si no lo miras y desde la medicina tradicional lo tapas, por ejemplo, fiebre: antipirético, dolor: analgésico, no sé qué: antifúngico. Todos los anti. Esto sigue saliendo. Y a veces los síntomas nos dan muchísima información ¿no? Nos dan información de nuestra vida, y nos dan información de cosas de pequeños que no hemos podido procesar. O te están hablando ahí, como mirame, mirame, mirame. Entonces, mientras estés mirando a otro lado, esto sigue saliendo ahí ¿no? Entonces, desde nuestra visión, o desde la visión de la medicina holística, hay que preguntar ¿*qué me pasa?* ¿qué me pasa, cómo estoy, qué me ha pasado? [audio Grupo A]

Esto se traslada, evidentemente, a las vivencias del embarazo, y también a las enfermedades

⁴⁸ Audio Grupo A

“típicas” de la infancia. Si no todas las embarazadas sufren de migraña, por ejemplo, será porque siempre hay *algo más* de una causalidad física ligada a las transformaciones anatómico-fisiológicas de los meses de gestación. Si un bebé tiene mocos, y otro no, o lo tiene hoy y no mañana, indica que está pasando algo en su entorno, en la madre, en la familia, en un nuevo proceso de adaptación, etc., y no solamente que las guardería son un nido de gérmenes.

En esta mezcla híbrida de la que se sirven hábilmente las matronas, utilizando el antiguo principio hipocrático del *primum non nocere*, remitiendo al relativamente más reciente enfoque biopsicosocial, y luego a una visión holística de la salud, resalta el uso de una gramática emocional en la que se percibe cierta indistinción entre emocional y energético, como flujos en movimiento -más que elementos concretos- determinantes para la sensación de bienestar, entendida como substrato del que se alimenta la propia capacidad para la salud.

Al presentar los factores de salud-enfermedad en una sesión específicamente dedicada a ello, se visibilizan algunas contradicciones de la “medicina tradicional”, se resignifican conceptos provenientes de ella y, por último, se va más allá de estos mismos conceptos. Es un tema fundamental, y sobre el que se volverá continuamente a lo largo del curso, para interpretar distintos padecimientos y malestares. Es en esta sesión, no obstante, en la que se proporciona un marco teórico-interpretativo, que hace del todo impracticable, entre otras cosas, calcular matemáticamente las probabilidades de una patología, puesto que es como si se ampliasen indefinidamente las variables a tener en cuenta. En lugar de aumentar el control tecnológico de los riesgos, o de actuar para manejarlos y reducirlos, se pretende, por tanto, rastrear su origen y trabajar sobre él y sobre los miedos que produce (*cf. infra*, epígrafe 4.4). Se pasa, así, de un cálculo probabilístico a un trabajo cualitativo sobre miedos encarnados, y de un “actuar responsable” previamente definido a la construcción de recorridos individualizados aunque posiblemente similares. En particular, este “no saber” y “no poder”, que vuelve repetidamente a lo largo de la gestación, y que se manifiesta en las sesiones grupales, mostrando una desconfianza incorporada hacia conocimientos y capacidades propias, se relaciona con un pasado y una cultura determinados. En este sentido, el cuerpo se configura como receptáculo de una cultura profundamente misógina y que desautoriza los conocimientos y capacidades maternas:

Laura: Lo que pasa es que sí es verdad que socialmente lo que hemos recibido y lo que recibimos las mujeres es que no somos capaces. No somos capaces de nada. No somos capaces de llevar unas reglas saludables, no somos capaces de llevar unos embarazos saludables, no somos capaces de parir, no somos capaces en la lactancia, no somos capaces de tener unas menopausias. Es como, tenemos una herencia tan tan tan tan tan desfavorable, que es como pff.

Siguiendo las palabras de las comadronas, sería bastante más difícil romper con estas creencias

incorporadas que con factores hereditarios biológicos, lo que equivaldría a reconocer una mayor resistencia al cambio de lo “cultural” con respecto a lo “biológico” (cf. Lamas 1986, Stolcke 2011). Sin embargo, si el peso que se concede a las creencias es evidente, también se plantea que es posible y deseable actuar para reconocerlas y desactivarlas, de tal manera que no produzcan efectos indeseados en el proceso de epp.

4.2. Alimentación en el embarazo

Es posible reconocer otro ejemplo de resignificación en las indicaciones dietéticas para el embarazo. Más allá de las diferencias de contenido con algunas de las normas de alimentación más difundidas en el contexto sanitario general⁴⁹, lo que destaca es la manera de proponerlas y el valor que se les atribuye, que pretende ser afirmativo y propositivo, más que prohibitivo o vivido como una restricción.

El punto de partida es lo que las mujeres ya saben y ya hacen. Se parte de una revisión de los alimentos ingeridos en un día cualquiera (desayuno, comida, cena) y de lo que se saben más o menos indicados para el embarazo, para luego añadir nuevas informaciones o discutir algunas de las ya mencionadas. En realidad no falta cierto contenido normativo prescriptivo y, sin embargo, éste es matizado haciendo hincapié en las posibilidades y decisiones de cada una, en la preferencia por cambios moderados y duraderos en lugar de cambios bruscos y difíciles de sostener, en la “justa medida” más que en evitar del todo algunos alimentos. Así, por ejemplo, se sugiere eliminar productos refinados o modificados (harina y azúcar blanca, productos enlatados, bebidas con gas, sal yodada, café descafeinado y otros), fritos, grasas de cerdo, excitantes (café, chocolate, té), trigo, leche de vaca⁵⁰. Estas prohibiciones generales pueden agruparse en tres grandes categorías: los alimentos procesados de manera industrial; los difíciles de digerir; y los que alteran los movimientos fetales tales como azúcares y sustancias excitantes. Por lo demás, se admite que existen una multiplicidad de visiones de lo que es una “alimentación sana”, y que es esencial no ser demasiado autoexigentes y sentirse cómodas con los cambios efectuados. La idea general es que se pueda seguir con ellos también después del embarazo, y más adelante con los respectivos hijos/as. La manera de proceder, por tanto, sigue un esquema que va de lo ideal a las adecuaciones a la

⁴⁹ Una buena muestra de ellas es la contenida en el documento de recomendaciones para el embarazo, parto y puerperio, dirigido a madres y padre, y disponible en la página de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf. Entre las diferencias más manifiestas se señala la relativa a la ingesta de lácteos y de trigo, sugerida en contexto sanitario y desaconsejada en esta preparación.

⁵⁰ No siempre se menciona el alcohol, cuya prohibición está a menudo totalmente integrada por las embarazadas y por quienes las rodean.

realidad cotidiana de cada persona. Por ejemplo, no tomar lácteos se traduce en, en primer lugar, eliminar la leche de vaca, por considerarse más indigesta, producir moco y contener antibióticos. A la leche de vaca, se prefiere la de cabra o bebidas vegetales, a los quesos curados los frescos y de leche cruda, o los fermentados como yogures y kéfir. En modo parecido, se considera muy saludable prescindir del todo de la carne y del pescado, pero como alternativa se aconseja evitar las carnes más grasas, especialmente la de cerdo, comer los pescados más pequeños, porque acumulan menos sustancias tóxicas, y cocinar a la plancha o al horno. Es decir, siempre se explican los motivos por los que sería preferible un alimento a otro, y siempre se proponen alternativas a lo que se desaconseja, a veces sugeridas y experimentadas por otras madres.

En definitiva, las “auténticas” prohibiciones son pocas, motivadas, y resultan bastante fáciles de asumir. Si bien se atribuye gran importancia a la alimentación para el crecimiento fetal, para reforzar el sistema inmunitario y también para responder a necesidades emocionales, se demuestra ser plenamente consciente de la presión que supone para las madres moldearse a lo que pueden o no pueden comer, según distintas fuentes. En una producción incesante de recomendaciones alimentarias para mujeres embarazadas, las sugerencias de las comadronas parecen bastante sensatas, evitan alarmismos y no aspiran a cambios drásticos. En esta línea, también se redimensionan, por ejemplo, las prohibiciones relativas a embutidos, queso de leche no pasteurizada, o infusiones. Se explica que los procesos de curación y los controles sanitarios obligatorios en ganadería reducen enormemente la posibilidad de toxoplasmosis o de presencia de bacterias⁵¹. Asimismo, el uso de infusiones no se desaconseja de manera definitiva, sino que se invita a no abusar de ellas, puesto que en determinadas cantidades, con una frecuencia mayor, y procesos de cocción más largos, tienen un uso medicamentoso⁵².

En el fondo, más que evitar dar indicaciones, se proporcionan algunas pautas generales, pretendiendo a la vez evitar miedos y agobios, y hacer que cada una decida a partir de una serie de informaciones, pero también de su propia situación. Vivir la ingesta de alimentos en términos de sacrificio sería, por otra parte, del todo contraproducente para el estado de salud general, al menos según el planteamiento de estas comadronas. Así, se invita también a aprovechar la relación que se establece con la comida en el embarazo, los antojos o la repulsión por algunos alimentos, como fuente de indagación personal.

Las diferencias con los contenidos informativos de los materiales proporcionados por la Junta de

⁵¹ En particular, un parásito (*Toxoplasma gondii*) y una bacteria (*Listeria*), presentes potencialmente en distintos alimentos, representan los principales miedos alimentarios en el embarazo.

⁵² De hecho, en las consultas particulares es posible que se receten remedios fitoterapéuticos, además de proporcionar indicaciones dietéticas más individualizadas.

Andalucía son solamente parciales. Pero, más que insistir en las prohibiciones que, como se ha mostrado, se tienden a relativizar, a explicar y discutir, y a adecuar a las posibilidades de cada una, se incide en el valor curativo de los alimentos. Los complementos farmacéuticos, cuyo empleo es muy común entre embarazadas, constituyen un recurso eventual pero bastante poco utilizado. En el caso de carencias minerales específicas, se intenta resolverlas en primer lugar por medio de cambios en los hábitos alimenticios. Si esto no funciona, se pasa a otro tipo de soluciones. Asimismo, la alimentación se utiliza para aliviar algunas molestias comunes, de manera complementaria a otro tipo de tratamiento o medida terapéutica.

En un contexto en el que la “buena madre” se empieza a definir desde su actuar en el embarazo, a través de la adecuación a restricciones y controles, las normas alimenticias de las comadronas se perciben, por lo general, como algo aceptable y razonable, en algunos casos incluso coincidente con la dieta que ya se lleva⁵³. El tiempo dedicado a las explicaciones, a las aportaciones de las personas presentes, y a la discusión va encaminado a encontrar compromisos entre lo ideal y lo real, entre las recomendaciones de las que se reconocen, de todos modos, como “autoridades” en la materia, las comadronas, y la práctica diaria. En resumidas cuentas, y a pesar del contenido normativo que, aunque generalmente flexible, se muestra al contrario bastante categórico sobre algunos aspectos⁵⁴, lo que hace que las indicaciones dietéticas adquieran nuevos significados son las metodologías utilizadas, la personalización en la que se profundiza en las consultas, y la consideración de la comida como importante fuente de bienestar, no sólo en el embarazo, ni solamente por los aportes de nutrientes.

4.3. Atribución ampliada de normalidad

Tal vez una de las características más evidentes de este tipo de preparación es la ampliación de la noción de normalidad, que acompaña a la insistencia en la unicidad de cada proceso. Para simplificar, se afirma que todos los epp son diferentes, y que todos son también normales. En realidad, no se niega la eventualidad de desviaciones de la norma (complicaciones), pero se limitan sus repercusiones a casos puntuales, explicados en dos sesiones particulares. Una primera se dedica específicamente a las complicaciones en el parto, que se tratan conjuntamente con los miedos de madres y padres para el momento de dar a luz. Una segunda se reserva al posparto y a dificultades y

⁵³ La sesión sobre alimentación en el embarazo resulta, de hecho, especialmente interesante en la medida en que puede producir reacciones muy distintas, que van de la absoluta sorpresa a la casi indiferencia, por la coincidencia con la dieta cotidiana de algunas. En cierto modo, las reacciones a las informaciones recibidas comprueban cierta variabilidad de perfiles.

⁵⁴ Es así para algunos azúcares, los refinados y enlatados, los excitantes, los refrescos o las bebidas alcohólicas, todos ellos desaconsejados de manera rotunda.

patologías que pueden presentarse con la lactancia.

El abanico de la normalidad, no obstante, parece ampliarse de manera significativa con respecto a la definición que se da desde el ámbito biomédico institucional. Cabe recordar que las mujeres que asisten a este tipo de cursos son, por lo general, mujeres sanas con embarazos etiquetados como de “bajo riesgo”, y que uno de los principales objetivos de la preparación es hacer que se viva de manera más confiada y segura todo el epp. Mostrar lo que suele o puede acontecer y aportar numerosos ejemplos extraídos de la experiencia personal como comadronas o como madres responde al objetivo mencionado. Por otra parte, incluir gran parte de lo que se relata y explica dentro de lo “normal” es fruto de una visión determinada del epp, en la que ya se ha insistido. Las comadronas lo explican de manera muy clara, a veces en modo visual, formando un cuadrado con las manos, cuadrado en el que no caben las múltiples situaciones que se dan con cada madre y con cada bebé. Por lo tanto, si por un lado se explican los cambios fisiológicos que acontecen generalmente en el epp (cómo crece el feto, qué cambia en el cuerpo materno, cómo inicia y se desarrolla un parto, a qué sirve la placenta, e incluso qué textura tiene, qué es el calostro, de qué manera empezar y facilitar la lactancia, entre otros), por otro lado se pretende describir también su variabilidad. La crítica a los procedimientos sanitarios rutinarios, realizada a lo largo de la preparación, que se ha analizado de manera más pormenorizada para el embarazo y para el protocolo del recién nacido, pero que se extiende evidentemente también al momento del parto, forma parte de un enfoque en el que la noción de normalidad se abre para incluir una serie de situaciones más o menos comunes. Así, si en el embarazo se admite que se dan varias modificaciones que producen alteraciones respecto al funcionamiento del organismo antes de la gestación, pero que son bastante frecuentes y no preocupantes en un cuerpo embarazado, de manera similar, se afirma que de partos hay “de todos los colores” y que “todos son normales”.

Las explicaciones más técnicas que se proporcionan en las clases permiten, además, llegar a ampliar las mismas posibilidades fisiológicas, normalizándolas, es decir privándolas del aura de peligrosidad que envuelve sobre todo algunos casos menos comunes. Así, por ejemplo, se explica que la rotura de la bolsa amniótica casi siempre se da en el momento del parto, y suele ser un factor desencadenante del mismo. Sin embargo, también puede darse días antes o no acontecer. En el primer caso, se explican diferencias entre fisuras en distintos puntos y rotura en la parte inferior, se indican precauciones, señales de alarma y maneras de supervisar la evolución. En el segundo caso, que se ilustra de manera teatral, como un atracador con pasamontañas, y/o enseñando fotos de un parto con bolsa íntegra, se aclara que no representa ningún problema, que al contrario puede resultar menos doloroso el paso por el canal del parto, y que el saco se romperá de manera artificial después de la salida del recién nacido. Ambos casos, en definitiva, aunque menos comunes, no se consideran

preocupantes y pueden resolverse sin necesidad de intervenciones médicas especializadas.

Siguiendo con las explicaciones de lo que puede (o no) pasar en un parto, se mencionan y describen el borrado del cuello del útero, las contracciones de Braxton Hicks y la expulsión del tapón mucoso, que suele preceder la rotura de la bolsa. La fase de parto se presenta como un periodo de preparación interna, en el que se va moviendo la musculatura uterina, reblandeciendo el cérvix y, a veces, encajando el bebé. Se trata de modificaciones que preceden, a veces en varios días o incluso en semanas, el parto propiamente dicho, que pueden percibirse o no, y que se describen con todo detalle, sirviéndose también de dibujos, de ejemplos sacados de otros partos, de parangones con situaciones que ya se conocen. Todas ellas constituyen un indicador de que se está acercando el momento de dar a luz, pero los tiempos pueden variar considerablemente. Se sugiere, por tanto, en esta fase inicial, en la que puede haber contracciones más o menos regulares, pero que no suben en intensidad y frecuencia, no hacerle demasiado caso, para intentar prevenir el cansancio. Los denominados pródromos, que algunas apenas advierten, son percibidos por otras como bastante dolorosos. A pesar de que se reflexione sobre ello en el grupo, remarcando la importancia de continuar con alguna actividad o de descansar hasta que el dolor sea soportable, evitando así percibir el proceso como demasiado largo, precisamente situaciones de este tipo dan lugar a definiciones discordantes sobre cuándo comienza el parto. Se volverá sobre esta cuestión al analizar casos de conflicto y descontento en la atención domiciliaria (*cf.* cap. 6).

Al pasar a explicar las contracciones del parto, las comadronas insisten en que, más allá de los tiempos que indican los libros en relación a la duración y la frecuencia, que no siempre se corresponden con la realidad, todas se dan cuenta cuando están de parto. A quien se preocupa por cuando empieza y en qué momento llamar se le dan respuestas tranquilizadoras, subrayando que los bebés no se caen y que conocer la teoría puede proporcionar mayor seguridad, pero no es necesario para saber si se está dando a luz. De manera general, pero muy especialmente en el parto, todo apunta a que no existen formulas de ningún tipo, e incluso las sugerencias de respiración, postura, apertura de la boca, masaje, agua caliente, entre otras, que se dan y a veces se experimentan en las clases, se presentan siempre como posibilidades, válidas o no según el caso. Siguiendo esta modalidad, la dilatación puede ser progresiva o bloquearse por algún motivo. Asimismo, la denominada “fase de transición”, que precede el expulsivo, y se describe como un momento de cambio, que algunas viven como un parón repentino, otras temblando o vomitando, no se presentaría siempre. En cuanto a la fase final, si para la mayoría resulta la más intensa, con sensaciones de romperse, de partirse en dos, de no poder más, y con unas fuertes ganas de pujar, para otras la sensación es de no estar haciendo nada, y que el bebé va bajando solo. La duración es también variable, a veces la aparición de la cabeza puede engañar, porque enseguida vuelve a subir,

o porque lo que se ve es un acumulo cartilaginoso que desaparecerá más tarde. La bajada de la frecuencia cardíaca del bebé, en las contracciones y en el expulsivo, se considera igualmente habitual y por ende no preocupante. Las vueltas de cordón, que pueden darse alrededor del cuello o de otra parte del cuerpo, se desenroscan con atención, pero generalmente sin cortar y sin que esto represente mayor problema. Con la salida del bebé es también posible que se produzca un desgarro en el periné. En las clases se enseñan métodos de prevención y de curación posterior, y se afirma que será siempre mejor un desgarro, cuya recuperación suele ser más fácil, que una episiotomía, más sencilla de coser pero de consecuencias más graves y duraderas. Al definirla como “la mutilación genital del siglo XXI” o como un “ataque al placer” se explica que afecta a las terminaciones nerviosas del clítoris. A veces se muestran también sus efectos con el auxilio de una hoja a la que se aplica un pequeño corte, para mostrar que un folio previamente cortado deviene bastante más fácil de romper que uno integro.

En esta combinación de explicaciones técnicas y sensaciones descritas por otras mujeres, que se ha intentado en parte reproducir, y a la que contribuyen las que ya han tenido hijos/as, se une, hasta la casi total indiferenciación, *lo que pasa* dentro de los cuerpos con *lo que se siente* que pasa. Se presentan, además, siempre, varias posibilidades que, sin pretender ser exhaustivas, responden a las numerosas preguntas con una multiplicación de los ejemplos. El interés por el momento del parto muestra también cierto desconocimiento del proceso y una gran confusión sobre muchas de las intervenciones comunes en la asistencia biomédica hospitalaria. Ofrece, por otra parte, una oportunidad única para que se aclare, en modos dinámicos y sencillos, lo que puede acontecer o probarse, lo que es motivo de alarma y lo que no, lo que se hace o no se hace en una casa. La cantidad enorme de informaciones, difícil de retener en su totalidad, sirven, no obstante, para sostener que existen numerosas posibilidades y que todas ellas van bien y son válidas. Lo relatos de parto escuchados confirman esta inmensa variabilidad, que se pretende transmitir en el curso, conjuntamente con una visión normalizada de la misma.

De manera muy parecida, esta diversidad se extiende también al posparto. Después del nacimiento, la recuperación del tamaño uterino anterior al embarazo puede dar lugar a contracciones dolorosas (entuerros) pero también producirse de manera indolora; el aumento de peso del bebé es ondulatorio (sube y baja) más que progresivo, y por lo tanto no debe preocupar⁵⁵; es posible que se produzca un color rojizo en los párpados, puntos blancos en la cara o en los dientes, manchas en la cabeza. Todo ello *es normal*, o sea, puede acontecer y no es motivo de preocupación.

⁵⁵ Se proporcionan otros indicadores para valorar el estado de salud, como la vivacidad, el aspecto, el número de pañales que moja, considerándolos más fiables que la medición de los gramos que va cogiendo.

Lo “normal”, en definitiva, no es lo mayoritario ni lo espontáneo, sino todo lo que puede resolverse sin que se produzcan efectos nocivos y sin grandes dificultades, a veces con el auxilio de las comadronas, otras por las propias madres, padres o bebés. La gran cantidad de situaciones que se incluyen en la “normalidad” del epp, no impide, por un lado, describir algunas pautas generales comunes y, por otro, admitir que puedan darse complicaciones. La ampliación de lo normal se acompaña, en todo caso, con una simultánea y complementaria reducción del campo de lo patológico, al que se dedican momentos concretos de la preparación (*cf. infra*, siguiente epígrafe). Por último, también se advierte que la noción de normalidad es históricamente cambiante, y que depende en gran medida de las capacidades de hacer frente a determinadas situaciones, más que de la frecuencia de un evento determinado. Así, por ejemplo, los partos de nalgas, en el pasado atendidos manualmente, se han ido progresivamente relegando al reino de lo patológico porque cada vez hay menos personas capaces de asistirlos. Lo que anteriormente se consideraba normal, aunque necesitado de mayor cuidado y destreza, actualmente se incluye a menudo entre los motivos de cesárea, dependiendo, por tanto, de un mayor grado de especialización y de medios tecnológicos avanzados.

4.4. Complicaciones y muerte

Si la dialéctica riesgo-seguridad es la que impregna la gestión biomédica, dando lugar a una serie de acciones que operativizan la noción de la gestación y del parto como periodos peligrosos, la dialéctica miedos-confianza es la que impregna estos cursos. Se pasa, así, de una genérica fase de riesgo, necesitada de controles continuos, y de un miedo paralizante producido por la insistencia en lo potencialmente patológico, a una conceptualización como periodo que se necesita conocer y que puede ayudar a conocerse. De ello deriva la importancia de saber en qué consiste y de compartir con otras mujeres, pero también de identificar preocupaciones concretas, personales y, a la vez, no exclusivas de una sola persona.

La posibilidad de complicaciones en el embarazo y en el parto, de consecuencias indeseadas, e incluso de muerte, es un tema que se trata conjuntamente con los miedos de las parejas presentes. Algunos temores están efectivamente relacionados con un desenlace inesperado, con aspectos patológicos, secuelas en el bebé o en la madre o muertes. Otros, sin embargo, se vinculan más bien con las intervenciones hospitalarias, con la posibilidad de maltratos y abusos, con la eventualidad de tener que lidiar con autoridades médicas y protocolos de actuación que no se comparten, con la sensación de impotencia frente a la violencia institucional. En una tercera categoría entrarían las preocupaciones relativas al propio proceso, al entorno familiar, a las limitaciones de las

comadronas. Formarían parte de esta última, por ejemplo, los miedos al cambio, a la falta de comunicación y conexión con la pareja, a las presiones familiares, al agotamiento de las comadronas, a no ser capaces de parir o no sentirse a gusto en casa, cansarse o no soportar el dolor. El procedimiento que se sigue en el grupo, y que puede ser introducido tras unos minutos de relajación guiada en la que se observan los miedos que se experimentan, de los más concretos a los más generales, es el siguiente: ir expresándolos, apuntarlos en la pizarra, complementarlos con añadidos de las comadronas, y analizarlos uno por uno. El análisis está dirigido a desmontar algunos de ellos, discutir otros, hablar de posibles soluciones.

Se recalca la importancia de no asumir una postura de rechazo hacia el hospital, de entender que podría ser necesario, y que es absolutamente contraproducente empeñarse en tener un parto domiciliario o vaginal, cuando se demuestra no factible, por un motivo u otro. Al mismo tiempo, se insiste en que precisar de algún tipo de intervención hospitalaria no debe impedir poder tomar decisiones. Se puede, por ejemplo, necesitar una inducción, pero negarse a una episiotomía, acabar con un parto instrumental pero exigir no ser separada del bebé, acudir por una epidural, sabiendo que ello implica una serie de prácticas (oxitocina, monitorización, movilidad reducida), pero pedir estar acompañada por la pareja u otra persona. La sugerencia general respecto a la posibilidad de un traslado es la de ir confiadas y seguras, y haber negociado previamente con la pareja lo que se desea, aunque luego pueda ir cambiando. La función del padre sería la de intermediario con el personal sanitario, mantenerse firme, pero usando formas respetuosas y diplomáticas. En el grupo es bastante común que los padres discutan sobre qué hacer, cómo dialogar con ginecólogos/as, enfermeras, matronas, si es mejor evitar el enfrentamiento, si serán capaces de gestionar la situación, si se sentirán impotentes o incapaces de actuar. Las comadronas, como es habitual, aportan ejemplos y anécdotas de casos vividos por ellas o por otras parejas, y/o utilizan dinámicas específicas para profundizar en las habilidades de cada cual a la hora de posicionarse en un lugar u otro.

Más allá del miedo a las intervenciones innecesarias o a los abusos de autoridad en el medio hospitalario, tratar el tema de las complicaciones implica, evidente y necesariamente, hablar de la relación con el ámbito de la asistencia hospitalaria. Algunas situaciones pueden resolverse en casa, pero otras no, o no siempre, y requieren una atención especializada o el auxilio de herramientas tecnofarmacológicas. Se mencionan varias de ellas, empezando por las que más preocupan. Se muestran maneras de hacerles frente en el propio domicilio o, en el caso en que los métodos utilizados no funcionen, se explica lo que se empleará en el hospital. Se exponen aquellos casos que precisan siempre de un traslado, por ejemplo, un desprendimiento parcial de la placenta, una

posición transversa⁵⁶ del bebé o una bajada de la frecuencia cardíaca. Se plantean las situaciones más extremas y graves, en las que no habría solución posible, como son los casos de pérdida intrauterina o de incapacidad respiratoria al nacer.

Cabe señalar que los temores más comunes se relacionan, en el caso de la madre, con las intervenciones y con la relación con el personal sanitario, mientras que el miedo a disfunciones y patologías concierne principalmente al bebé. Entre las complicaciones analizadas se encuentran las siguientes: los abortos espontáneos; las hemorragias en el embarazo, en el parto o después del nacimiento; los partos pretérminos o tardíos; los bloqueos en la dilatación; la colocación de pie o de nalgas, a las que las comadronas pueden añadir otras, como la transversa o la presentación de frente; las vueltas de cordón; los casos de distocia de hombros; la bajada de la frecuencia cardíaca; los problemas respiratorios al nacer; la presencia de discapacidades o secuelas en el bebé.

De manera general, podría afirmarse que los límites de las comadronas, sus miedos y su propio criterio profesional, se articulan con los de las parejas. Las decisiones de traslado al hospital se presentan como resultado de la interacción entre unos y otros. En situaciones que no avanzan, en las que no se consigue producir un cambio, las comadronas invitarán a ponerse un límite de tiempo, haciendo hincapié en la importancia de no llegar excesivamente cansadas al hospital. En casos puntuales, sin embargo, que detallan en el grupo, la decisión será unilateral, porque se considera imprescindible proceder a una transferencia y porque es importante actuar rápidamente⁵⁷. Sin embargo, no todas las situaciones consideradas patológicas implican un desplazamiento a un hospital. En particular, las hemorragias en el parto suelen resolverse en casa⁵⁸, así como eventuales problemas respiratorios al nacer. Para estos últimos no se emplean las mismas herramientas que en el hospital o en otros equipos profesionales que atienden en casa. Así lo explica Francisca:

No llevamos oxígeno, por una cuestión fisiológica y física. El oxígeno dado en una concentración alta tiene unos efectos secundarios muy graves para el bebé, ¿vale? Entonces yo siempre me fío más del boca a boca, que yo doy, que de cualquier bombona, tal [audio Grupo A].

En otra ocasión, y en otro grupo, Laura responde a la pregunta de una madre sobre cuando sería necesario el oxígeno, y cómo actuarían ellas, añadiendo una reflexión general sobre los numerosos

⁵⁶ La posición transversa del feto conduce a la presentación de los hombros o los costados del recién nacido por primeros al pasar por la apertura vaginal.

⁵⁷ Si, por ejemplo, baja el latido del bebé, sería un indicador de cesárea, fórceps o ventosa. Si se da un sangrado por un desprendimiento parcial de la placenta después del nacimiento, para efectuar una extracción manual será oportuno aplicar una anestesia epidural. En ambos casos, por lo tanto, el traslado a una estructura hospitalaria será inevitable, porque se necesitan intervenciones no realizables en un domicilio.

⁵⁸ Con la administración de fármacos uterotónicos, si otras técnicas como masajes, hielo, amamantar o vaciar la vejiga se demuestran ineficaces.

cambios que se realizan en el organismo de un bebé al nacer:

Pa nosotras es como más aconsejable el boca a boca, que un oxígeno artificial, porque una hiperoxigenación también puede tener problemas pa un bebé. Entonces en un boca a boca tu le vas a pasar un 21%, un algo así de oxígeno, y va a ser suficiente. ¿Vale? Y hay veces que es verdad que hay bebés que nacen y les cuesta este ratito, pero hay veces que solo soplándole o solo haciéndole así ya empiezan. ¿Vale? Es una cosa que es *normal* que un bebé necesite un tiempo, no sale nada rosa respirando y ya está. Necesita un tiempo, está haciendo un cambio increíble en su cuerpo, sea se le están abriendo todos los alvéolos, la circulación sanguínea está cambiando, hay unos agujeros en el corazón que se están cerrando. Sea, un momento, que es que están pasando muchas cosas ahí, entonces que pueda poquito a poco. Si lo veis azules, si los veis blancos, pues es *normal* [rie]. Luego sí es importante que a los 5 minutos, a los 10 minutos, el bebé ya esté rosita y esté respirando. Los pies y las manos se les siguen quedando azulitas, ¿vale? Los primeros días. Es *normal* también, como la parte esta de adaptación a la circulación nueva. ¿vale? [audio Grupo B].

Pero los problemas respiratorios, “normales” en los primeros instantes, pueden también ser irreversibles, y dan pie a introducir el tema de la muerte. Una incapacidad respiratoria al nacer no daría tiempo a un traslado, puede no encontrar solución, y además no tiene una explicación científica clara. Aunque es muy poco común, esta posibilidad se discute, y permite mirar a la muerte y generar un debate muy enriquecedor, en el que no solamente se analiza la visión sociocultural imperante del final de la vida, sino que se afrontan temas como el sentimiento de culpa, las presiones sociales o la aceptación de la impotencia frente a algo que no se puede controlar. A pesar de que hablar de la muerte puede producir una especie de parálisis en discusiones habitualmente muy fluidas, la habilidad de las comadronas consiste precisamente en servirse de la ironía y de la provocación para que no se pase por alto una cuestión de crucial importancia. Merece la pena detenerse algo más sobre el tratamiento de este argumento que, como ya se ha señalado (*cf.* cap. 4), es paradigmático de una visión de la salud y de la vida:

Laura: ¿Qué mas? ¡Y el temazo! El algo este, es la muerte ¿no? [se refieres a la expresión: miedo a que le pase algo] Que es como muerte, y todos nos ponemos así como [pone los músculos en tensión], como si fuera una cosa tan lejos de la vida, que al final es que es lo mismo [ríe], es que hay vida porque hay muerte, porque si no no estaríamos vivos, es una cosa así un poco loca que la muerte en esta sociedad no ooooh, nos de cosa, ¿no? La muerte de la mamá es una cosa mas difícil ¿no? se tendría que dar alguna patología o una cosa así como super grave, una cosa más difícil. La muerte de un bebe ¿qué pasa? que realmente este minuto, estos minutos cuando llega a la vida, nadie sabe qué va a pasar, no lo sabe nadie, por muy bien que haya ido el embarazo, porque como es un movimiento nuevo pa el bebé, de como respirar y toda esta parte del proceso fisiológico que pasa, no lo sabemos. El 99,9 no sé cuanto hace [...] y respira. Y ya está. Pero realmente la seguridad que el bebé va a salir y va a respirar no la tiene nadie, ni aquí, ni en el hospital, ni en la China ni en ninguna parte. Es el misterio de la vida, que la vida es así, respira y solucionada, vale, ha llegado, vale [audio Grupo B].

La no controlabilidad de la muerte induce a que se reflexione sobre las tecnologías biomédicas, y la posibilidad de intervenir en el caso de que se esté en un hospital, pero, al mismo tiempo, la probabilidad de secuelas muy graves. Se trata, en el fondo, de decidir en qué punto cada cual se

siente más sereno/a y más seguro/a, priorizando emociones y sensaciones sobre otras cuestiones. Hablar de la muerte permite reafirmarse en las elecciones tomadas o repensarlas, proyectarse en las consecuencias de situaciones indeseadas, en cómo reaccionaría la familia, en la culpabilidad, en la pesada carga de optar por algo que no tiene reconocimiento social, o en la tragedia de encontrarse con un bebé vivo, pero en condiciones de salud más que precarias. Finalmente, permite ir más allá del epp y llegar a discutir la propia concepción de la vida y de la muerte, de qué se entiende por un “buen nacimiento” y por una “buena muerte”. Las similitudes, en realidad, tal y como se ha expuesto en páginas anteriores, son numerosas, en la medida en que el objetivo de resocializar estos eventos, acompañarlos, sustraerlos a los abusos tecno-farmacológicos es exactamente el mismo. En las reflexiones de las comadronas, se toma explícitamente distancia de una visión de la muerte como fracaso, ya analizada en el capítulo anterior, y que está siendo objeto de rediscusión también internamente a la biomedicina.

Las conclusiones prácticas de afrontar el tema de la muerte se asocian con el lugar del parto y con “decisiones viscerales”, con esta sensación de seguridad tan fundamental en el modelo domiciliario en general, pero que aquí adquiere nuevos matices, debido, precisamente, a una importante resignificación de la muerte:

Laura: Pa parir en un lado o en otro, depende de cómo, pensando en esta posibilidad [...], que hay otra gente que acompaña partos en casa que no lo plantea desde aquí, pa nosotras es un [...], bueno, lo trabajamos desde ahí porque nos parece un punto interesante, nos parece un punto que a lo mejor incluso puede que nos ponga hasta más en la vida, todavía ¿sabes? De decir poder mirar la muerte y decir: coño, estoy vivo, ¿sabes?! Una cosa [...]. Entonces ver donde está la tranquilidad ahí, ¿no? La tranquilidad entre comillas, ¿no? porque si nos llega la muerte de cualquier persona querida y más de un hijo va a ser desgarrador sea donde sea, pero esto está claro [audio Grupo B].

En definitiva, discutir sobre las complicaciones, darles un nombre, un contenido y unas soluciones, y hablar de la muerte, resignificándola, constituyen pasos fundamentales del trabajo de preparación. Si por un lado se reduce considerablemente el espacio de lo patológico, y se pretende alimentar la confianza en los procesos fisiológicos y en el saber hacer corporal, por otro tratar abiertamente dificultades, problemas más o menos comunes y hasta desenlaces mortales permite dar concreción a peligros y también a actos médicos, y, al mismo tiempo, admitir, con humildad, los límites de la acción profesional y, más en general, de la acción humana. Así, se priva de la condición de patología a algunas situaciones, se muestran las que sí se consideran patológicas, las que necesitan de un traslado, las que pueden solucionarse en casa o en hospital, y las que no tienen solución posible. Son estas últimas las que llevan a reflexionar sobre lo inexplicable de las muertes intrauterinas o sucesivas al nacimiento, y sobre la ausencia de todo control sobre la muerte en sí. Si

es aparentemente contradictorio hablar de la muerte en un momento en el que se está gestando una nueva vida, y de hecho puede sorprender, remover o bloquear momentáneamente la conversación, la contradicción se desvanece dentro de un planteamiento profundamente unitario. No es que se niegue la utilidad y la necesidad de la técnica, cuyo manejo, al contrario, se explica, pero de alguna manera se redimensiona su alcance. De este modo, también se atribuye un peso mayor a las experiencias vividas que a las que se deben evitar, a la vida que a la supervivencia, a *cómo* se atraviesan las situaciones que se presenten que a las situaciones en sí.

Al hablar de la muerte en las formas que se acaban de exponer se lleva a cabo una resignificación fundamental, en función de la que el nacimiento y la vida misma asumen otros sentidos, alejándose definitivamente de un enfoque centrado en la gestión de riesgos. Finalmente, sólo a partir de esta visión de continuidad, unidad y no contradicción, es posible interpretar aquellas conversaciones con madres y padres en las que las experiencias de muertes en casa de personas queridas, de abortos espontáneos y de nacimientos domiciliarios se asocian espontáneamente, tanto por las formas en las que se han vivido y acompañado, como por la importancia que han tenido en sus existencias (*cf.* cap. 6).

5. Herramientas para un hacer autónomo

A lo largo de las sesiones, se unen a las informaciones y explicaciones más generales sobre el epp algunas indicaciones específicas y muy concretas sobre cómo asumir mayor control sobre todo el proceso. Se ha mostrado cómo el contenido y las modalidades de los encuentros obligan a tomar continuos posicionamientos, a decidir entre distintas opciones, a analizar motivos y objetivos de molestias, pruebas y análisis. Así, se da visibilidad a la variabilidad de los itinerarios asistenciales, procesos que en realidad son siempre negociados y relacionales, y también se amplía la gama de posibilidades, añadiendo elementos que no se incluyen en el sistema sanitario público, proponiendo soluciones no técnicas, creando espacios de discusión y confrontación. No faltan los casos en los que esta manera de actuar produce confusión e inseguridad, muy especialmente en aquellos en los que se acude simultáneamente a distintos especialistas, con enfoques muy distintos, o en los que algún familiar se dedica a profesiones médico-obstétricas.

En uno de los grupos, un padre, con una hermana matrona, expresaba continuamente su preocupación por las presiones familiares, pero también su escepticismo frente a visiones tan distintas que acababa sin saber qué hacer, qué iba a ser mejor, hacia dónde dirigirse:

Hombre: Pero lo mismo que tu estás en esta postura y la defiendes a capa y espada, hay quien está en

la otra postura y la defiende a capa y espada⁵⁹.

Francisca: Claro, la diferencia está en que tú tienes que escoger lo que para ti es adecuado, porque ni lo que ella está diciendo ni lo que yo a ti te sirve de nada. O sea lo que yo haga es lo que he hecho, y para mi está bien así, pero ahora tú tienes que elegir [audio Grupo A].

Delegar en una figura experta se torna de indeseable a imposible. Una vez desmontada la utilidad de algunas prácticas biomédicas, y presentadas las alternativas de enfoque y de actuación, no se puede hacer otra cosa que tomar partido.

Sin embargo, para estas comadronas, no se trata solamente de escoger entre varias opciones de servicio, de someterse o no a una prueba, de tomar o no una pastilla, sino de aprender a *hacer cosas* que habitualmente se gestionan y controlan desde el ámbito biomédico especializado. En particular, se enseña a controlar el latido fetal con un estetoscopio de Pinard⁶⁰, una herramienta cuyo uso se ha ido progresivamente sustituyendo con los detectores portátiles de ultrasonidos. En una de las sesiones se muestra el manejo tanto del estetoscopio, fácil de encontrar y bastante barato, como de un detector portátil, más caro pero que requiere menor destreza. Las mujeres se tumban, mientras que las parejas u otros/as acompañantes se ponen a su lado, escuchando atentamente las instrucciones de Laura o de Francisca. Todos probarán ambos instrumentos, y a veces también a escuchar directamente con la oreja. Cuanto más avanzado esté el embarazo, más será fácil entender cómo está colocado el bebé, en qué punto de la barriga poner el aparato, cómo distinguir sus latidos de los de la madre. Para contabilizarlos, se puede utilizar un reloj o, como sugirió una de las presentes en un grupo, un metrónomo. Este aprendizaje se estima de gran importancia para que las parejas puedan estar controlando la frecuencia cardíaca fetal en cualquier momento, sin necesidad de moverse a una estructura sanitaria y sin tener que acudir a la matrona.

El control del latido es especialmente relevante en el parto, ya que constituye uno de los principales indicadores de bienestar fetal. A éste se añaden otros dos indicios que representarían señales de alarma, una vez que se haya roto la bolsa amniótica: el color del líquido y la presencia de fiebre en la madre⁶¹. Las propias parejas, así, aprenden a utilizar herramientas técnicas y a interpretar señales corpóreas de peligro, comúnmente empleadas en biomedicina, pero cuya comprensión y manejo no requiere una preparación especializada.

Todas las explicaciones sobre el proceso de dar a luz apuntan, entre otras cosas, a desmontar la

⁵⁹ Se refiere, en concreto, a la crítica a las intervenciones hospitalarias rutinarias.

⁶⁰ Es un aparato muy sencillo, en forma de trompeta, de unos veinte centímetros, y que permite la auscultación, amplificando los sonidos.

⁶¹ En suma, un líquido claro, una frecuencia entre 120 y 160 latidos por minuto y la ausencia de fiebre indican que todo va bien. En cambio, un líquido oscuro, verde y espeso, “tipo puré de guisantes”, una frecuencia distinta de la señalada, un aumento de la temperatura, indicarían la necesidad de una intervención hospitalaria.

imagen del parto como algo urgente e inmediato, señalada por otras autoras, y que hace que muchas mujeres se precipiten a un hospital a las primeras contracciones (Blázquez 2009). Pero, más allá de retrasar la llegada al hospital o de la matrona a la casa, lo que se considera, por lo general, favorable a la evolución espontánea del parto, se fomenta una autogestión de todo el proceso de epp, centrada básicamente en la pareja madre-padre, pero que posiblemente involucre a otras personas en la fase de posparto. Propiciar la autogestión y el autoconocimiento marca una diferencia sustancial con la educación sanitaria que se ofrece desde la atención primaria (cf. Montes 2007) y se sitúa, al mismo tiempo, en una línea de continuidad con las prácticas feministas de finales del siglo pasado mencionadas en el segundo capítulo. En particular, es posible que se pregunte directamente a las mujeres presentes en el grupo si se han visto o se han tocado el cuello del útero, para pasar a explicar cómo se transforma en el momento del parto. La invitación a tocarse y conocerse es explícita y asociada a otros momentos de la vida de las mujeres, a reconocer, por ejemplo, cuándo se está ovulando y no esperar a que “sea un señor, un ginecólogo o una ginecóloga [el que venga] a decirnos cosas sobre nuestro cuerpo” [Grupo B, notas de campo].

Si es cierto que técnicas diagnósticas avanzadas, como las ecografías, han hecho superfluo, en muchos sentidos, preguntar a la madre, permitiendo detectar posición, tamaño, peso, algunas anomalías y hasta la fecha probable de parto, también esto ha podido alimentar, implícitamente, cierto desconocimiento corporal y, con ello, la falta de confianza en sensaciones y capacidades personales. Salvo en raras excepciones, el funcionamiento interno, orgánico u hormonal, e incluso el contacto con algunas partes del cuerpo, con cambios en texturas y fluidos, se encomienda a especialistas médicos, y se relega a los momentos de las visitas ginecológicas, que van marcando, en mayor o menor medida, la vida de las mujeres, desde la menarquía hasta la menopausia. El planteamiento de las comadronas es, por ello, rompedor, no sólo o no tanto por las informaciones teóricas que se proporcionan, y a las que muchas ya tienen acceso por otros canales, sino por el impulso continuo a la autonomía decisional, corporal, vital. Efectivamente, es bastante común consultar páginas de Internet para conocer los cambios fisiológicos que acontecen a lo largo del epp. Se habla de semanas de gestación, de cambios en el sistema endocrino o en el aparato circulatorio y respiratorio, pero es en las clases que estas transformaciones biológicas adquieren *sentido*, restituyéndose a la vida cotidiana, es decir, a los cambios y adaptaciones que generan en ella, y transformándose en posibilidades de acción.

Además de compartir conocimientos técnicos e invitar a la experimentación y a la exploración de una misma, el grupo es también un lugar en el que se comparten estrategias particulares a adoptar a lo largo del epp. Aquí también las comadronas desempeñan un papel fundamental, al exponer

tácticas utilizadas por otras madres o sugerir modos para posicionarse sin necesariamente pasar por el enfrentamiento. Si, como se ha venido señalando a lo largo del texto, muchos de los problemas derivan de las presiones sanitarias y sociales sobre los comportamientos “correctos” en el epp, en la preparación se ofrecen medios para limitar sus consecuencias y mantenerse firmes en las decisiones tomadas. Por un lado, el epp deviene un momento de entrenamiento de capacidades comunicativas, negociadoras y diplomáticas, en la relación con distintos actores. Por otro, situaciones de claro fracaso en los intentos de diálogo, especialmente con autoridades sanitarias y con familiares, llevan a plantear otras fórmulas. En el grupo se relatan con cierta frecuencia relaciones conflictivas con familiares, casi siempre padres y madres, y con profesionales biomédicos. Si los primeros suelen resolverse con más facilidad, también gracias a las propias discusiones y sugerencias en el grupo; los segundos generan mayores dudas y preocupación.

En particular, en relación al grupo familiar, anunciar una fecha posterior a la calculada para el nacimiento posibilita vivir de manera más serena eventuales “retrasos”; no discutir o responder de manera evasiva sobre el sitio del parto permite evitar dar explicaciones, enfrentarse a posibles opiniones negativas o generar preocupaciones; hablar desde antes de las posibles maneras para apoyar en el parto o en el posparto puede prevenir incomprendiones y conflictos. Evidentemente, cada pareja hará lo que considere más oportuno, pero parece significativo que el juicio y las reacciones de otras personas ocupen una parte importante del espacio dedicado en las sesiones a dudas, preguntas y experiencias particulares.

Es en todo caso innegable que las mayores preocupaciones conciernen al ámbito sanitario, incluyendo temores a negarse a algunos pasos del “control del embarazo”, a no ser atendidas, a no obtener una baja, a ser maltratadas o juzgadas, a no ser escuchadas en el parto, y que se suministren medicamentos contra su voluntad o que al contrario se nieguen intervenciones requeridas. Si en los cursos se refuerza la idea de que la decisión es prioritariamente materna, de que se trata de un derecho reconocido y, en definitiva, de su cuerpo, también se muestra plena conciencia de las dificultades que conlleva salir del itinerario previsto, de etapas marcadas, consolidadas, y que se consideran no solamente sinónimo en sí de calidad de la atención sino también indicadores de la responsabilidad materna. En un contexto en el que se pretende hacer un uso muy selectivo y meditado de los recursos biomédicos, puede no resultar ventajoso manifestar abiertamente posturas críticas con respecto a algunas prácticas o que chocan frontalmente con los protocolos hospitalarios. A este propósito, las expresiones de las comadronas se demuestran extraordinariamente claras: “no por no pelear hay que entrar por el aro”, “no hace falta justificarse”, “a veces es mejor no dar explicaciones” o “mejor no decir que lo has leído”, o “vale mentir”, “se puede mentir”, “lo de mentir está bien” o incluso “hay que mentir”. Ahí donde no se consigue mantener un auténtico

diálogo, o en los casos en los que se sabe que las decisiones tomadas chocan inevitablemente con los criterios biomédicos, como en el caso de una “bolsa rota” o de un retraso más prolongado en el parto, las soluciones propuestas sólo pueden ser estratégicas. En definitiva, para conseguir determinados objetivos puede ser más cómodo y más eficaz servirse de mentiras y silencios, optar por una autonomía “de incógnito”, ante la imposibilidad de una autonomía reconocida y respetada. El subterfugio, la simulación y el engaño devienen en más de un caso las soluciones más apetecibles en situaciones de clara asimetría.

La recurrencia de estrategias de ocultamiento, falsa condescendencia, ignorancia simulada y mentira, mencionadas por las comadronas, descritas en los grupos y también en entrevistas y conversaciones informales con madres y padres, dan muestra de una enorme creatividad y de la capacidad de enfrentarse con ligereza e ironía a un entorno hostil, o con el que simplemente no se comparten todas las reglas⁶². Sin embargo es también prueba, por un lado, de la evidenciada situación de marginalización de la atención domiciliaria⁶³ y, por otro, de la condición de vulnerabilidad específica de mujeres embarazadas/parturientas/madres “novatas”.

En los grupos, finalmente, las comadronas tienden a vincular lo vivido en el embarazo y en el parto con aspectos relativos al posparto, al cuidado infantil, a la educación y a la crianza. Tener hijos/as expone a una serie de dictámenes sociales y a controles específicos, definidos en gran parte por instituciones educativas y sanitarias. Los obstáculos encontrados a la hora de tomar decisiones minoritarias para el embarazo y para el parto se conectan explícitamente con la fase sucesiva, en la que el foco de la atención social pasa de la madre al niño/a. Muchas de las reflexiones y de las herramientas tácticas ilustradas para el embarazo y para el parto valdrán también, con algunas adaptaciones, para la sucesiva maternidad/paternidad, aunque el interés para estos temas se muestre con mayor intensidad sólo a partir de los primeros nacimientos que se dan en el grupo. La relación con un bebé, y los dilemas éticos que conlleva decidir por otra persona, formarán parte central de los contenidos temáticos de los grupos de posparto, en los que ya se configuran como el presente y la cotidianidad de padres y madres.

⁶² En otro lugar se ha insistido en este tipo de estrategias, analizándolas como formas de resistencia y de “supervivencia”, que no agotan la totalidad de las relaciones con los servicios sanitarios, pero que pueden considerarse representativas de soluciones coyunturales frente a un sistema estructuralmente desigual (*De silencios y mentiras. Estrategias de resistencia en la atención al proceso de embarazo/parto/posparto en Andalucía*, comunicación presentada en el I Congreso Internacional de Antropología AIBR, Madrid, 8 de julio de 2015).

⁶³ Se ha comentado ya cómo no mencionar que se ha decidido parir en casa o que se asisten partos en domicilios, salvo a algunas personas seleccionadas, es bastante común, tanto entre parejas como entre comadronas, generando distintas modalidades de gestión del secreto (*cf.* cap. 4)

6. Autodiagnósticos, respuestas complejas y soluciones colectivas

Las que se han definido “modalidades mayéuticas” se expresan con gran claridad en los procedimientos de autodiagnóstico a los que se invita continuamente en las clases.

En el variar de formas de expresarse del cuerpo, de causas, motivos y objetivos, un profesional sanitario puede dar pistas, sugerencias, producir reflexiones a través de preguntas, pero no proporcionar respuestas. Una misma enfermedad significa cosas diferentes según personas, situaciones, historias, contextos. Parafraseando a Margaret Lock y Nancy Scheper-Hughes (1987), la enfermedad no sería nunca un evento aislado, un choque desafortunado con la “naturaleza”, sino una manera de comunicación, un lenguaje a través del que la naturaleza, la sociedad y la cultura hablan simultáneamente (*cf.* cap. 1). Pero el idioma de los síntomas, en última instancia, está dirigido no al médico o al analista social, sino a la propia persona que los sufre. Está en cada persona, entonces, y en la relación que se establece con figuras profesionales, o en grupos unidos por intereses similares, la posibilidad de desenredar su propio embrollo, y buscar soluciones adecuadas. A veces solamente serán soluciones parciales, ajustes o compensaciones en la vida cotidiana⁶⁴.

Como se ha venido remarcando a lo largo de este capítulo, la interpretación de las señales corporales, sean éstas molestias, enfermedades, cambios percibidos, posturas inusuales del feto u otras, apunta siempre a tener en cuenta una multiplicidad de factores. Se procura, pues, entender motivos últimos (porqués) y/o finalidades (para qué). El porqué y/o el para qué de un malestar es muy variable, aunque profundamente enraizado en el contexto social en el que se vive. Así, por ejemplo, se puede enfermar *por* estar viviendo con angustia, rabia, tristeza determinados acontecimientos, o *para* poder parar o ralentizar de una manera socialmente aceptable, o recibir cuidados y afecto. Los conocimientos fisiológicos y patológicos, en definitiva, ayudan a paliar los síntomas y a encontrar tratamientos más o menos agresivos, pero no constituyen *la* solución. En algunos casos, en los grupos se llegan a formular colectivamente propuestas, aludiendo a experiencias personales o conocidas, o a sugerir soluciones. En otros, se menciona la posibilidad de profundizar a nivel individual en las consultas.

Lo que se repite son las maneras indagadoras y provocadoras de las comadronas, sus preguntas sobre qué les está pasando en sus vidas, cómo están viviendo el trabajo o el desempleo o la relación con algún familiar, para qué o por qué creen que se ha presentado un síntoma concreto (y no otro), en un momento particular (y no en otro), a qué les puede servir o qué puede significar. A menudo proporcionan pistas, recuerdan otros casos, invitan a reflexionar sobre el *sentido simbólico* de las

⁶⁴ Los ejemplos están a menudo relacionados con situaciones laborales a las que es difícil sustraerse.

enfermedades, que devienen metáforas de la situación general vivida por una persona. Los ejemplos se multiplican de un encuentro a otro, entre migrañas, ardores, ciática, cansancio, pérdidas de sangre, agotamiento en el trabajo, molestias a los olores, náusea, bebés “sentados” (postura de nalgas), antojos, dolores al caminar.

El intercambio que sigue a continuación puede ser representativo de una manera de proceder que es posible observar prácticamente cualquier día de la preparación. En el caso presentado, se trata de una mujer que se lamenta de ardores, y se encuentra con las respuestas de las otras, sus experiencias, sus soluciones, complementadas por otros posibles remedios, indicados por la comadrona, junto con una explicación de los cambios fisiológicos que favorecen este tipo de malestar, una reflexión sobre el “sentido simbólico” o el “significado profundo” de tener ardores de estómago, y algunas preguntas que puedan ayudarla a investigar en sus motivos:

Mujer 1: Yo quería preguntar si algunas tenéis ardores.

Mujer2: ¿Ardores? ¡Por supuesto!

[risas]

Mujer 3: Bienvenida.

[hablan a la vez]

Mujer 1: Tengo una cosa de la farmacia, que se supone que es para embarazadas, pero vamos, que da igual.

Mujer 4: Vamos, a parte el tema dieta un poco.

Mujer 3: A mi me funciona esto [enseña un bote de yogur], que tiene un poquito más de calcio. Y una cucharada de esto, y es que te lo quita [...], a mi por lo menos de inmediato.

Laura: ¿Qué es esto?

Mujer 4: Yogur de oveja.

Mujer 3: Pero lo voy racionando. En cuanto me da el crujido en la boca del estómago, una cucharadita y listo. Y las almendras también.

Mujer 4: De todas formas, a mi cuando me ha asaltado ha sido porque he metido hidratos y carne, en plan guiso de papas con no sé qué [...].

Laura: Esto.

Mujer 1: Pero es que normalmente me daba por la noche, pero es que hoy llevo de por la mañana todo el día [...].

Laura: Vale. Hay una parte fisiológica inevitable, de que el estómago [...], a parte de que por la parte hormonal, el esfínter está más relajado, si encima el útero cabe más parriba y el estómago más presionado, hay una parte inevitable. Pero hay que ver alimentación, de la parte de combinación de alimentos, y de la parte de excitantes, chocolate, café, el trigo a veces, lácteos a veces. Así. Habría que ver si hay algo que te esté costando más digerir ahora mismo o algo con lo que estés ahora mismo más así mmm [expresión de esfuerzo y tensión]. Y luego, esto que te han dicho, la papaya, incluso en polvo, hay pastillas de polvo de papaya que también van bien, arcilla blanca, a veces agua con limón, agua con un poquito de limón.

Mujer 1: Agua con limón es lo que yo [...], yo antes de desayunar siempre me tomo agua con limón, es una costumbre que he cogido, y vamos [...] que hoy precisamente [...].

Laura: La has tomado y nada, fatal. Vale. ¿Y ha pasado algo? ¿Esto desde cuándo? ¿De ayer a hoy?

Mujer 1: No, es que llevo una semanita que me da de vez en cuando, pero últimamente es que [...].

Laura: Es continuo.

Mujer 1: Un día no, un día sí. Pero vamos que tampoco [...], lo llevo. Parezco un dragón, pero [...].

Laura: [ríe] Vale. Prueba las cosas que le habéis dicho. ¿Qué le habéis dicho? Las almendras, por aquí, por ahí ¿qué habéis dicho? ¿Tú está con ardores también, Mari?

Mujer 2: No, ahora no, pero he tenido antes. Ahora de vez en cuando, pero yo lo noto mucho por ejemplo en la comida, ¿eh? Cuando me despierto un poco de la comida, ahí va rápido. Y luego también pa mi ha sido muy puntual cuando he tenido algo de [...], por ejemplo cuando nos teníamos que mudar y teníamos que ponernos a hablar de la casa, y era: ardores, tuf [risas]. Era como: ¡me quema!

Mujer 1: A lo mejor, hoy he empezado a trabajar otra vez y mira [...].

[Varias a la vez]: Aaaaah

Mujer 1: Pero mi trabajo es muy light, estoy muy bien.

Laura: Vale, a lo mejor puede ser que estás haciendo algo más ¿no? Estás haciendo un bebé, y estás trabajando. Son dos cosas fuertes.

La conversación sigue un rato más, Laura vuelve a sugerirle probar con lo que se ha comentado, cuidar la alimentación, pero también le pregunta si hay “algo más” y, más directamente, si tiene decidido donde va a dar a luz. A su respuesta negativa, insiste en si esto no le produce tensión o angustia, dejando abiertas distintas posibilidades, para que ella misma siga buscando.

Diálogos como el presentado son muy comunes en las sesiones de preparación grupal y ejemplifican varios de los aspectos comentados. Se da muestra de una visión compleja en la que se intenta contemplar varios niveles o dimensiones; de unas modalidades específicas, a través de las que se contribuye de manera colaborativa a la búsqueda de soluciones y respuestas; de un enfoque individualizado, en el que la experiencia de las demás sirve de estímulo y de espejo, pero no se corresponde necesariamente a la de quien está expresando el problema. El papel mayéutico de las comadronas consiste en intervenciones breves que unen observaciones a preguntas y a posibles interpretaciones. En éstas también se visibiliza una teoría estratificada de la enfermedad, y aplicable a cualquier expresión corporal, en la que es posible al mismo tiempo aliviar los síntomas, conocer las causas fisiológicas inmediatas e indagar en los motivos profundos de un malestar o un accidente. A la manera de la racionalidad azande sobre la que reflexionaba Evans-Pritchard (2002 [1937], *cf.* también Martínez-Hernández 2008: 23-24), no se trata de interrogarse sobre las cadenas de causa-efecto sino de entender las raíces de los problemas, que tienen que ver más con aspectos sociales, vivencias particulares o historias personales que con las modificaciones orgánicas u hormonales ligadas al embarazo. Desde esta perspectiva, no existe el azar, sino una serie de concatenaciones que hacen que se manifieste un malestar concreto en un momento concreto. Remontando del síntoma o señal corporal a las causas más inmediatas, hasta las motivaciones más profundas u ocultas, se va dando un proceso de autoconocimiento, que es a la vez un proceso de autoatención. Igualmente, otros “acontecimientos corporales” como antojos, hemorragias en el parto, cólicos del bebé, problemas de mastitis o grietas en la lactancia se insertan en este cuadro multidimensional y multiestratificado. Así, por un lado, se valoran siempre dimensiones heterogéneas pero interconectadas: biológicas, sociales, psicológicas, emocionales, espirituales (*cf. supra*, epígrafe 4.1). Y, en cierto sentido, también se denuncia la artificiosidad de su separación, al combinar, en calidad de respuesta a y expresión de desequilibrios y necesidades, elementos que se suele

distinguir. Por otro lado, se intenta tener en cuenta simultáneamente distintos estratos: aspectos más visibles, que están en la superficie (por ejemplo, qué remedios pueden aliviar un dolor); otros menos evidentes pero igualmente fáciles de reconocer (como los cambios anatómico-fisiológicos que se dan en el epp); y finalmente los que se han definido como “motivos profundos”, más ocultos, y que difieren de una persona a otra, aunque puedan seguir pautas similares. Estos últimos son los menos reconocidos, tanto a nivel social y biomédico como en el propio grupo, y los más difíciles de identificar, por caracterizarse por un menor grado de transparencia. Su análisis, sin embargo, resulta o puede resultar enormemente fructífero.

La sesión temática sobre “factores de salud” se retoma, por tanto, continuamente a lo largo de todo el curso, con una progresiva multiplicación de ejemplos, en los que a la tendencia biologicista de madres y padres se contrapone la constante invitación a miradas complejas y profundas. A las explicaciones biológicas, así, se añaden siempre otras. Una ciática no puede *solamente* interpretarse como una consecuencia del aumento de peso, los ardores de estómago como un efecto de la presión uterina y de los cambios hormonales, las grietas y las mastitis como el resultado de malas posturas en la lactancia, los cólicos del lactante como señal de la maduración del aparato digestivo, los antojos de dulce en el embarazo como efecto de la sobrecarga del páncreas, la hemorragia posparto como consecuencia de la atonía uterina o de otro problema de carácter biológico, y así sucesivamente.

Con “sentido profundo” o “significado simbólico” se hace referencia a un significado ulterior, que varía de persona a persona, pero que a la vez se vincula directamente con el tipo de acontecimiento corporal. Volviendo a los ejemplos mencionados más arriba, una ciática puede asociarse a alguna carga simbólica, a algo que se vive como un peso o con dificultad; los ardores y los cólicos con obstáculos en la “digestión” de algún cambio vital; los problemas en la lactancia con un estar desbordadas y no saber comunicarlo, un estar “hasta las tetas”; los antojos de dulce como una tapadera a otro tipo de necesidad que se esconde detrás del placer intenso de un chocolate. Sin embargo, se trataría siempre de posibilidades, válidas para algunas pero no para otras, y en las que las intérpretes últimas serían en todo caso las madres.

Cada malestar y cada “acontecimiento corporal”, por tanto, puede ser una cosa u otra, o varias simultáneamente. El grupo es también un espacio de confianza, un espacio íntimo y seguro, en el que las madres se atreven a interpretarse en esta clave. De esta forma, se significan expresiones corporales de diferente tipo y, al mismo tiempo, se admite una subjetividad corporal, un *actuar* del cuerpo ahí donde no parece posible una modalidad de hacer totalmente consciente y voluntaria. Es lo que entraría en los mencionados “para qué”.

“O a veces no es el porqué sino el para qué”, afirman las comadronas de diversas maneras y en

distintos momentos. Así, algunos síntomas pueden hacer que se descansa más, que se reciba cuidados y mimos, que se interrumpan actividades demasiado agotadoras, que se consiga centrarse más en el embarazo o que se aprenda a gestionar una situación determinada. Podría ser emblemático, a este propósito, el caso de una mujer⁶⁵ que tuvo una hemorragia en el posparto, que empezaba a preocupar a la comadrona, pero que se paró en el momento exacto en que su madre salió de la casa, abandonando la escena del parto. La hemorragia se interpretó como una reacción corporal que le permitió resolver una situación que para ella era incómoda, pero de la que no era consciente o que era incapaz de expresar. Independientemente de la presencia o ausencia de un proceso posterior de análisis de este acontecimiento, la hemorragia misma hizo que se produjera un cambio de escenario que no solamente se demostró resolutivo para bloquear el sangrado, sino que generó una transformación necesaria para su sensación de tranquilidad y de bienestar.

Las tres preguntas clave en el curso son, por tanto: qué te está pasando, por qué te está sucediendo y para qué. Se reconoce, no obstante, que no necesariamente se responderá a las tres, que en algunos casos se encontrará respuesta a una de ellas, en otros a otras. No siempre, además, apetece ir más allá del acontecimiento físico, ni indagar en eventuales motivos profundos, lo que puede también desembocar en un proceso largo y doloroso.

Cabe señalar, finalmente, que, aunque las comadronas traten de proporcionar sugerencias y pistas, es posible que sus intervenciones se reciban como sentencias, como afirmaciones categóricas de determinadas interpretaciones en las que las madres o los padres no se identifican, y que llegan a generar, por tanto, cierto malestar (*cf.* cap. 6).

En todo caso, al analizar el conjunto de discursos y de prácticas que se dan en la preparación, se revela una visión de gran complejidad, en la que sencillamente no caben soluciones unívocas. El intercambio de opiniones en el grupo a menudo permite también afinar ideas y conceptos, o revisar teorías en auge en determinados círculos maternos. Merece la pena, a este propósito, mencionar a una autora como Laura Gutman, que se cita también en algunas entrevistas, y que en un grupo se llegó a criticar duramente, por responsabilizar a las madres de prácticamente todo lo que pasa a un niño/a en sus primeros años de vida.⁶⁶ Para las comadronas, las aportaciones de cualquier especialista deben acogerse como lo que son, es decir, aportaciones más o menos acertadas, más o

⁶⁵ Aquí se menciona el relato de una madre, aunque las comadronas también puedan aportar ejemplos similares, de bloqueo/desbloqueo de determinadas situaciones, a partir de una interpretación del actuar del cuerpo como expresión de y reacción a necesidades ocultas.

⁶⁶ El texto más conocido de esta psicoterapeuta familiar es *La maternidad y el encuentro con la propia sombra* (2003), en el que, a partir de una reelaboración de conceptos junguianos, se considera al niño/a de los primeros dos años como a un ser fusional, que expresa la “sombra” (la parte desconocida, ocultada, reprimida) de la madre o de otra figura que se encarga de su cuidado.

menos útiles, y que pueden aprovecharse en mayor o menor medida. En el caso concreto de Gutman, a partir de las reinterpretaciones en las sesiones, se concluye que efectivamente puede que un bebé esté expresando con el llanto o con una enfermedad cosas que pasan en la madre o en la familia. Pero puede también que no, pudiéndose dar situaciones y explicaciones diversas.

Asimismo, la distinción entre hombres y mujeres, y más en concreto entre funciones maternas y paternas, aparentemente muy clara e inamovible durante el epp, por hallarse ligada a la fisiología, adquiere distintos matices. Si bien se insiste en la recuperación de una parte instintiva, en la animalidad del parto, en la “mamiferización” del nacimiento y de la lactancia, en la vuelta a lo “natural”, en la “exterogestación” que sigue a los nueve meses de embarazo, todo ello no implica perder de vista otras dimensiones de la vida humana. Las referencias al contexto social y a las limitaciones sistemáticas y coyunturales es frecuente, tal y como ha ido emergiendo a lo largo del capítulo, en cada observación y discusión sobre lo “ideal” y lo “real” en el epp. Lo que se promueve, por tanto, son más bien adaptaciones variables, advirtiendo contra excesos tanto de exigencias como de expectativas (*cf. supra*, epigrafe 3.3).

En particular, en lo relativo a la fase de puerperio, se reconocen modos de organización social y económica claramente no favorables a la crianza. Por lo tanto, los remedios que se proponen deben considerarse arreglos contingentes más que soluciones óptimas. A falta de una protección social de la primera infancia, sea a través de apoyos económicos que dispensen del trabajo a madres y padres en los primeros tiempos, sea por medio de una redistribución ampliada de las tareas de cuidado infantil, los ajustes que se sugieren parecen más que razonables. Las advertencias de las comadronas, además, se entremezclan con las observaciones del grupo, en un diálogo que da lugar a la elaboración de nuevos conceptos y al perfeccionamiento de las estrategias. En el extracto que se reproduce a continuación, un padre, a una semana del nacimiento de su hija, comparte su malestar frente a un reparto muy marcado de roles, suscitando un intenso debate posterior.

Hombre: Luego, por otro lado, lo llevo u poco mal esto de los roles, que los roles estén tan marcados, porque yo creo que por lo menos hasta ahora habíamos sido una pareja en la que los roles no estaban [...], ni por sexo ni por trabajo, no habíamos tenido unos roles marcados, uno no era una cosa y la otra era otra, y ahora hay un [...], hay un [...], pues hay una cosa muy concreta de qué roles hace cada uno ¿no? Entonces esto [...], simplemente con que estén tan marcados ya me parece jodido ¿no? Que uno tenga que hacer una cosa y el otro otra ¿no? Que no sean intercambiables.

Laura: Yo creo que tenéis los pezones los chicos para algo.

[risas, y hablan a la vez]

Hombre: Y luego también un poco de impotencia ¿no? No sé, de no poder calmarla, pero bueno, se acepta y ya está, y hay un momento en que [...], en que te sientes un poco el [...] el malo que no sabe hacer las cosas [risas], el torpe del sector servicio [risas].

Laura: Ay, ¡qué buena definición!

Las sensaciones de malestar y de impotencia, expresadas por este padre, y comentadas con ironía por Laura, la no intercambiabilidad de los roles, junto con el cansancio de estar llevando o intentando llevar solo lo que antes hacían a medias, da lugar a una serie de reflexiones en el grupo, en las que participan sobre todo los padres. En ellas, además de compartir estrategias concretas sobre cómo romper la rutina del posparto o prescindir del orden y de la limpieza de la casa, o entretener un bebé con un pezón del que no salga leche, aparecen algunas reflexiones generales sobre el cuidado infantil, que descubren problemas sociales, antes que personales o familiares.

El padre cumple, fundamentalmente, tanto para las comadronas como para los otros dos padres que intervienen en la discusión, y como ya se ha evidenciado, una función de cuidador de la cuidadora principal del bebé. Su papel, sobre el que se sigue bromeando en el grupo, como él “de mantenimiento”, o “del sector servicio”, produce agotamiento y cierta frustración. Se confirma, en efecto, una falta de reconocimiento social de *todas* las tareas relacionadas con el cuidado de niños/as pequeños/as, desde la lactancia, al recoger y limpiar con mayor asiduidad, al atender a las necesidades del bebé a lo largo de día y noche. El problema no estaría entonces tanto en la dedicación que necesita un bebé, ni en el obstáculo que puede representar para el desarrollo laboral de la madre, sino en la infravaloración de las “tareas maternas” y en su relegación al ámbito doméstico de la familia nuclear (cf. Lamboglia *et al.* 2015, del Olmo 2014).

7. El potencial transformador de los cursos de preparación

Este tipo de preparación se revela una palestra en la que se contestan y construyen significados, generando experiencias de maternidad y paternidad potencialmente transformadoras. En ello reside, en última instancia, su sentido político. La generación de cuestionamientos y cambios, si no es en absoluto automática, sí se fomenta explícita y abiertamente desde este formato de encuentros grupales en el embarazo.

Que la modalidad descrita de preparación se distancie enormemente, en estructuración y en contenidos, de los cursos ofrecidos por la sanidad pública es opinión compartida entre las madres que han asistido a ambos, y resulta evidente de la comparación con investigaciones de otras autoras, realizadas en distintas zonas del Estado español (Montes 2007, 2010; Blázquez 2009, Imaz 2010a, b). El trabajo en grupo de estas comadronas es antes que nada un desmontaje de narrativas y lenguajes dominantes sobre el epp, y de construcción de narrativas y lenguajes capaces de restituir

su sencillez y su complejidad⁶⁷, de devolver todo el protagonismo a madres, bebés y padres, de redimensionar el peso de lo urgente (real o imaginario), para atribuirlo a cuestiones que se consideran verdaderamente importantes. Se trata de prácticas discursivas que permiten afrontar el parto en modos más conscientes, más autónomos y menos contaminados por el miedo (*cf.* Martin 1992 [1987], Walrath 2006). La palabra ocupa decididamente el centro, sea duda, explicación técnica, reflexión, broma, pregunta o expresión de emociones. En el fondo, se dedica muy poco espacio a los ejercicios físicos, unos minutos, casi siempre para cerrar las sesiones, y con función no tanto de instruir en vista del parto, sino de vivenciar determinados estados, sentir el cuerpo y la respiración, centrar la atención en el proceso de epp y en el/la hijo/a.

Son las informaciones proporcionadas y las discusiones propiciadas lo que *hace* la preparación. En ellas conviven tecnicismos y experiencias, lo general y las excepciones que lo contradicen, lo concreto de los hábitos cotidianos y lo más profundo y evanescente de emociones y sensaciones, la crítica a la práctica hospitalaria y la afirmación de la necesidad del hospital, la oda a la vida y el profundo respeto por la muerte. Se une, en suma, lo aparentemente contradictorio, y se utiliza un lenguaje sencillo, irónico e inventivo, hecho de imágenes y metáforas, de palabras y de gestos. En continuidad con los formatos de preparación al parto de finales del siglo pasado (*cf.* cap. 2), el lenguaje *importa*. Y muestra, entre otras cosas, la incorporación de reflexiones feministas más recientes⁶⁸.

Los ejemplos mencionados constituyen una parte mínima, pero representativa, de los temas tratados y de las potencialidades de estos encuentros. Los cursos pueden producir o no efectos de cuestionamiento y de cambio en la vida cotidiana, y en algunos casos simplemente refuerzan un posicionamiento crítico previo. Esto no quita que su contenido y sus formas se caractericen por un potencial crítico y transformador de primer orden, que trasciende la experiencia de epp, así como la esfera individual y familiar.

⁶⁷ Sencillez por ser un proceso fisiológico espontáneo; complejidad por todo lo que conlleva, tanto a nivel de transformaciones corporales, como de cambios familiares y sociales.

⁶⁸ Así, por ejemplo, Laura, que es la más joven, utiliza habitualmente el “nosotras” para referirse al trabajo de las comadronas, mientras que es muy común el uso del masculino plural, a pesar de tratarse de un colectivo constituido eminentemente por mujeres. Asimismo, se sirve también, en los textos escritos, de la “x” final, una modalidad empleada en movimientos feministas y *queer* para desmarcarse de las divisiones dicotómicas entre sexos y entre géneros.

VI. Logros, límites y contradicciones de la asistencia

Si todo tipo de contacto entre figuras expertas de un sistema médico y personas receptoras de terapias o cuidados está siempre basado en una relación, esto es especialmente válido para la atención domiciliaria, que, como hemos visto, se juega de manera determinante precisamente en la relación que se establece entre comadronas y mujeres, familiares y acompañantes. Hacer hincapié en las experiencias de las madres y, aunque en menor medida, de los padres, resulta por tanto fundamental para penetrar en cómo se vive este tipo de asistencia, y un medio indispensable para visibilizar posibles tensiones y contradicciones. Los relatos maternos y paternos, así, constituyen la fuente principal de este capítulo, permitiendo completar el análisis de la asistencia domiciliaria e identificar sus aspectos más problemáticos. Su uso se limita a responder al objetivo de ilustrar cómo los principios y características teóricas de la asistencia se manifiestan en o se contradicen con las vivencias particulares de quienes la reciben.

Para ello, en un primer epígrafe se presentan algunas peculiaridades de las historias de parto, ahondando en la importancia de estas experiencias para las personas que las viven y en los modos de dar cuenta de ellas. Centrarse en las narraciones de partos domiciliarios da lugar a subrayar los logros más relevantes del modelo domiciliario para los sujetos que optan por él. Las formas comunes del narrar y los que se consideran elementos claves de los relatos permiten mostrar qué significa para madres y padres tener un nacimiento en el propio domicilio.

Seguidamente, se pasa a analizar situaciones concretas que se dan a lo largo del epp y que plantean ciertos problemas. A partir de éstas también se avanzan algunas reflexiones y propuestas que se retomarán más detenidamente en las conclusiones.

En particular, en primer lugar se insistirá en la percepción de los traslados a hospitales y de intervenciones mayores como la cesárea, en los casos que efectivamente la requieren, a pesar de haber programado e intentado conseguir el nacimiento en el domicilio. En segundo lugar, se presentarán los problemas comunes del periodo de posparto, tratando de identificar su origen en un contexto social y un modelo de crianza particular, fomentado desde el parto en casa y que, llevado a unos extremos, se demuestra claramente perjudicial, para las familias y, sobre todo, para las madres. Aplicar la misma clave de lectura utilizada para aquellos casos de auténtico empecinamiento en conseguir un parto domiciliario o vaginal permitirá señalar los límites de querer reproducir una fórmula ideal de nacimiento o de crianza, problematizando también su asociación con el tipo de asistencia analizado. Al mismo tiempo, se ilustrarán tentativas de solución a los problemas que plantean los cuidados infantiles, en parte promovidas por las propias comadronas. Posteriormente,

se propondrá una breve incursión en los casos de abortos espontáneos que aparecen en las narraciones y que también a menudo se discuten en las visitas prenatales. Se les presta atención como prueba de las profundas interrelaciones entre distintas fases de la vida reproductiva, y para mostrar posibles conexiones con modalidades no clínicas de experimentar el parto y, con ello, formular propuestas válidas para el epp en general. Finalmente, se dedicará un último epígrafe a las críticas que algunas madres y algunos padres han dirigido a la asistencia recibida. Su importancia estriba en la capacidad de abrir una ventana sobre los puntos débiles y las contradicciones del parto en casa.

1. Vivir el parto en casa. Experiencias significativas y ambivalentes

Los relatos de parto constituyen siempre momentos altamente emotivos, cargados de una intensidad que se transmite a través de palabras, de pausas, de silencios, de miradas, de expresiones faciales. Tanto en los encuentros grupales posteriores a los partos¹, como en conversaciones y entrevistas que han tenido lugar meses o años después de dar a luz, el recuerdo del parto asume contornos muy vívidos, y deja difícilmente indiferente quien está escuchando. Lo que prevalece son imágenes y emociones. Es como un sucederse de fotogramas, palabras conmovidas y gestos elocuentes, que dan la sensación de haber estado ahí, de estar compartiendo algo importante, de poder probar, en parte, lo que se está contando. Escalofríos, “nudos en el estomago”, ganas de reír o de llorar hacen del observador/a más que un espectador/a atento/a, y por lo tanto abren a formas de participación emocional que acaban invadiendo la investigación entera, en modos más o menos conscientes. El cuerpo, así, se convierte en un instrumento del análisis, permitiendo comprender algo a través de sensaciones y emociones que, si resultan difíciles de comunicar, ayudan enormemente, sin embargo, a la hora de dar cuenta de lo que ha sido descrito y contado. Rescatar las metáforas y las imágenes utilizadas, o probar a reproducir los sonidos devienen modos para exponer, en formas que se consideran más adecuadas, cuando no inevitables, lo observado y vivido. No se pretende, sin embargo, proceder a un análisis de los contenidos, muy variables, de las narraciones de parto, sino hacer hincapié en sus contribuciones a la comprensión de un tipo de asistencia.

A menudo se olvidan detalles más técnicos o la sucesión temporal de los hechos, lo que se atribuye a un estado alterado de consciencia durante el parto, que modifica la noción espacio-temporal. Las mujeres, al dar a luz, pueden no darse cuenta de lo que pasa a su alrededor, estar totalmente “dentro” de lo que le está pasando, y percibirlo muy rápido o muy lento en función de la intensidad

¹ Se hace referencia a los encuentros de cierre de los grupos de preparación de los que se ha tenido un seguimiento (*cf.* cap. 5).

del dolor, de la expectativa que se tenía, del cansancio, de los momentos de desesperación. Si la percepción del tiempo es siempre, en cierta medida, subjetiva, en estos casos lo es en modo absolutamente preponderante. Lo demuestran también las diferencias en los relatos de padres y madres, los primeros tendencialmente más coincidentes con los tiempos objetivos, medidos en días, horas, minutos²; los segundos más alejados de este tipo de mediciones, que parecen utilizarse más bien como indicadores aproximativos para los/as interlocutores/as. En todo caso, y en diferentes sentidos, la percepción varía casi siempre entre quien ha vivido corporalmente el parto y quien lo ha acompañado de muy cerca. Así, partos que para algunas han sido difíciles, y que parecían interminables, para sus parejas han podido ser muy cortos y relativamente fáciles. O, al contrario, situaciones descritas por las mujeres como bastante rápidas, para sus compañeros han sido llenas de agobio, de miedo, de desesperación, y por lo tanto demasiado largas. El extracto que se reproduce a continuación, puede ser ejemplificativo de lo que se acaba de exponer.

Incitado por las comadronas, un padre cuenta su versión:

Hombre: No, sensación así, por encima de todo, miedo, sobre todo. Y yo lo viví con mucha intensidad, muy largo, ahora mismo escuchándote a ti, pues dices bueno muy largo muy largo tampoco.

Mujer: A mi no me pareció largo, verás. Objetivamente son nueve horas.

Hombre: Pero son nueve horas muy muy intensas, desde el minuto cero las contracciones eran bestia, luego estaba el tema de la fiebre también, que [...], lo de la bolsa rota 24 horas antes, que bueno que también te tiene un poco colgado; la fiebre de María que no le bajaba ni a tiros, no se encontraba bien en ningún sitio, ni en la piscina ni en ningún lado [audio Grupo A].

Aquí, se da una situación invertida a la más común, siendo él quien percibe el proceso como dramáticamente lento y largo, mientras que ella menciona el número de horas transcurridas para afirmar, de manera rotunda, que no duró tanto.

Relatos paternos

En más de un caso las personas más preocupadas en el momento del parto son precisamente los padres, por la sensación de impotencia que genera la imposibilidad de compartir experiencias corporales. Asimismo, son los padres los que, en situaciones que se han complicado y/o que han podido necesitar de una atención hospitalaria, recuerdan el parto de manera dolorosa, a veces enfadados o resignados. Su implicación emocional es evidente, y ocupa el centro de la narración. Cabe mencionar que su presencia en el parto es para muchas mujeres fundamental, y que el uso de expresiones que los incluyen, del tipo “estamos embarazados”, “queremos parir”, “tuvimos un aborto”, “nos van a monitorizar” o el “contagio hormonal” del que se habla en algunos casos³, tanto

² Salvo excepciones, en las que pueden dilatarse o acortarse según las sensaciones probadas.

³ Me refiero, en particular, a la producción de oxitocina, la denominada “hormona del amor”, a la que se atribuye el estar como en una nube, en un estado de ensoñación, que se prolonga por algunos días. En algunos casos se

en las entrevistas como en los grupos de preparación, demuestran una clara *voluntad de participación*, que se fomenta activamente desde el modelo domiciliario. No obstante, los padres invariablemente no se embarazan, no paren, no abortan, no amamantan⁴. Al tratarse de procesos intransferibles, la diferente posición que ocupa un padre en la escena del parto hace que sus opiniones sobre lo acontecido, y sus maneras de vivenciarlo difieran, en mayor o menor medida, de las de su compañera.

Los padres⁵ no esconden su sorpresa frente al acto de dar a luz y de nacer, su profundo agradecimiento hacia las comadronas, su conmoción, o la convicción de haber asistido a algo maravilloso, que nadie podrá quitarles, aunque puedan encontrar incomprensión o mencionen la “sensación de clandestinidad” que les genera el juicio social sobre los partos domiciliarios. Comentan las reacciones del entorno familiar más amplio o del vecindario, la presión que puede haber supuesto, o cómo finalmente lo han gestionado. Imágenes y comparaciones sirven para describir su manera de estar ahí: entrar “dentro de esta bomba de efectos explosivos”, o recordarlo “como un sueño” o “una purificación”, “un momento mágico” o “una flipada” son algunas de las palabras utilizadas. Algunos describen con lujo de detalles los preparativos, sus modos de apoyar, de estar presentes, con caricias, comidas, bebidas, frases, e incluso respirando y empujando junto con ellas. Mencionan también sus lágrimas al ver el bebé, las sensaciones al tocar la bolsa, cortar el cordón, ver la placenta. Otros se han sentido tan trastocados por la experiencia que las comadronas han tenido que dirigir su atención a ellos, para que se recuperaran del shock. Su participación, por tanto, no se limita en ningún caso al conteo de las contracciones o a hacer de intermediarios con otras personas. Aunque a un nivel práctico puedan estar haciendo cosas para apoyar o quedarse más apartados, a veces hasta rechazados por sus parejas, según necesidades y momentos, su presencia emocional y corporal se desprende de las palabras y del tono utilizado y, aún más, de las interrupciones, de los silencios, del asombro que no es difícil leer en sus rostros, y también de las frases de angustia y desesperación que caracterizan los relatos de partos más largos y complicados. El agradecimiento a las comadronas, por su saber hacer, su profesionalidad, su presencia, su apoyo afectivo, su capacidad para transmitir tranquilidad, es bastante generalizado⁶. Poder vivir el nacimiento de un/a hijo/a en casa parece representar, en definitiva, un momento de enorme

describen también, y la similitud con la costumbre de la *cuvada* no puede pasar desapercibida, síntomas habitualmente atribuidos a las embarazadas como náusea, cansancio, hinchazón de piernas, dolores, tensiones o agujetas después del parto o un impulso a tener todo preparado y ordenado antes de éste, para el que se habla a menudo de “síndrome del nido”. Si la *cuvada* es una manera culturalmente determinada de reconocer el papel del padre (Moore 2004 [1991]: 44-45), podríamos decir lo mismo con respecto al uso del lenguaje de los síntomas para dar cuenta de la participación paterna en el nacimiento.

⁴ A este propósito, parece interesante señalar que en un grupo de preparación las personas presentes se extendieron varios minutos en un debate sobre lo oportuno de hablar en plural para referirse a procesos corporales individuales.

⁵ Se hace referencia, principalmente, a los relatos paternos en los grupos de preparación en la sesión que sigue a los nacimientos.

⁶ Los casos de incomprensiones o descontento con la atención recibida no se comentan en el grupo, sino en las consultas de parejas y en las entrevistas individuales. A ellos se dedicará un epígrafe específico.

importancia, una experiencia insustituible y que marca profundamente. Tanto la sorpresa como la relevancia de poder estar ahí se manifiestan con cierta recurrencia en las palabras paternas.

Así describe Rafa el momento del expulsivo:

Y después cuando ya ves salir la cabeza, como parece que es mentira, ¿no? ver como un ser humano puede salir de otro ser humano, que era una cabeza muy grande por salir por ahí, una cabeza muy grande. Claro, yo estaba pues muy [...], y después como también estuvo un montón. Y fue muy bonito, cuando ya sale, precioso, es una experiencia brutal [Rafa, alrededor de 40 años].

O, en palabras de Alberto:

Bueno, el vivir un parto, yo nunca había vivido un parto. Pero encima vivirlo en la casa, con ella, yo creo que me ha cambiado mucho. [Alberto, alrededor de 40 años].

Relatos maternos

Los relatos maternos confirman una gran variedad de situaciones, de sensaciones experimentadas, de tiempos “subjetivos” y “objetivos”, de necesidades y deseos, del tipo de apoyo requerido o de los aspectos valorados del acompañamiento.

Arrollador, intenso, escatológico, genial, desconcertante, una pasada, muy doloroso, muy bonito, hermoso, emocionante, superpotente, impresionante, placentero, poderoso, un aprendizaje muy grande, la mejor experiencia de mi vida, una experiencia cumbre, un pelotazo, revelador, increíble, único, son algunas de las expresiones empleadas para definir, de alguna manera, la vivencia del parto. Aunque los modos de experimentarlo varíen muchísimo, existe un hilo conductor común, que consiste en la enorme valoración de estos momentos, en el lugar que ocupan en la memoria, y en la interpretación compartida como aprendizajes de gran relieve, que enseñan a cada una cosas distintas, según necesidades y situaciones personales. Que el parto sea una experiencia “reveladora”, de hecho, es opinión común entre las que han dado a luz en casa, o lo han intentado. Más allá de las presiones y dificultades contextuales, parir en casa puede incluso llegar a describirse como un modo alegre de dar a luz:

Yo solamente, y esto sí, lo quiero decir: es la mejor decisión que he tomado en mi vida y, muy seguramente, la mejor experiencia de mi vida. Seguro. Sí. La mayoría de las veces, cuando las mujeres te hablan de su parto, ninguna te lo cuenta con una sonrisa. O porque no la han dejado parir, o porque la han tratado de una manera que no era la correcta, o porque se han sentido ninguneadas, o tratadas como niñas, es lo que te digo. Pero yo cuando cuento mi parto [...], lo cuento con [...], es que no lo puedo evitar, alegría. La mejor decisión. Y que conste que no es fácil [Inés, 38 años].

Los relatos de parto, en definitiva, muestran experiencias que han sido sumamente significativas, y que se pretenden transmitir en su significación profunda. Las palabras se eligen con cuidado, los cambios de tono, las interrupciones, a veces los llantos forman parte de la narración tanto como la descripción de lo acontecido. Se delinea un auténtico género narrativo, en el que se utiliza un lenguaje necesariamente inventivo, que pretende dar cuenta de sensaciones, emociones y modos

corporales de actuar para los que, en gran medida, faltan palabras. Y faltan palabras también porque se carece de herramientas culturales compartidas para expresar la densidad e intensidad de experiencias que escapan al habitual lenguaje técnico utilizado para describir su desenvolvimiento. Se emplean, por tanto, comparaciones, imágenes evocadoras, sonidos, gestos.

Ejemplos de los parangones que se utilizan podrían ser los siguientes: “dolores como de regla”, “se parecen un poco a los retortijones de cuando vas al baño”, “un poco como bailando en el agua”, “como que pa que no se me abriera el cuerpo del todo”, “como si te metieras debajo del grifo de una ducha”, “como el propio dolor, muy flojito al principio y después muy alto”, “como cuando estás mal y quieres vomitar y no vomitas”, “como encajar el tapón de corcho en la botella”, “como en una nebulosa”, “como en un globo”, “poniéndome ciega, como morada”. Las metáforas suelen recurrir a elementos de la naturaleza: “empezaron las olas”, “la tierra que se estaba abriendo”, “el agua que emanaba de mí”. Los sonidos se emplean sobre todo para referirse a las acciones y movimientos propios o del bebé: “pom”, “glong”, “plaf”, “tiquitiquitiquiti”, “no un grito en plan aaaa, no, sino en plan como un aya ay ay, como un quejido”⁷. Por último, expresiones faciales, tonalidades de la voz y gestos, complicados de restituir en la escritura, han sin embargo contribuido sin duda a comprender la importancia que asume todo lo descrito y casi escenificado para posibilitar su entendimiento.

El lenguaje está en el cuerpo, y el cuerpo en el lenguaje, como ya señalaba Chadwick (2009) al analizar narraciones de parto en casa. En particular, Chadwick se sirve de las teorías del sujeto de Julia Kristeva para hacer hincapié en la clara desestabilización de un sujeto unificado y coherente, que se produciría en el momento del parto⁸. Las narraciones presentadas oscilan entre el uso de términos médicos que estructuran el discurso a través de referentes culturales compartidos pero no hablan de la experiencia vivida; el manifestarse del sujeto unitario que siente, sabe, se mueve, actúa, decide; y la aparición de un sujeto en crisis, de la incontrolabilidad, del moverse entre el orden y el caos, la vida y la muerte, la intuición corporal y el yo analítico, el dentro y el fuera, el sentido y el sinsentido.

Esta danza paradójica entre tres claves narrativas se da, según diversas proporciones, en todos los relatos escuchados. El estar totalmente entregada a lo que está pasando dentro de una misma convive con momentos de disociación, de percibir todo como en un sueño, en una nebulosa. La concentración y la consciencia de la apertura, o de la bajada del bebé cohabita con la necesidad de

⁷ Utilizados respectivamente, para indicar: la bajada del bebé por el canal de parto, el encajar de la cabeza, el romper aguas, un movimiento intuitivo y muy rápido con las caderas, los gritos en la fase de dilatación.

⁸ Mejor dicho, el parto sería uno de los ejemplos más claros de una continua pluralidad del sujeto. En contra de una visión centrada en el “individuo abstracto”, propia de la psicología, Chadwick se aventura, desde esta disciplina pero utilizando herramientas del análisis textual, en una interpretación de las subjetividades variables y cambiantes de las mujeres de parto. Su base empírica son entrevistas a mujeres blancas de clase media de Sudafrica.

la presencia profesional, de la confirmación y de la guía experta. El estar totalmente presentes y protagonistas de los movimientos, los cambios de lugar o las expresiones vocales coexiste con lo que se describe como una “ausencia” de sí en situaciones sobre las que no se tiene ningún dominio: contracciones que inundan, dolores implacables, o una irresistible ganas de empujar, por ejemplo. Frases como “no puedo”, “no puedo más”, “me parto”, “me rompo”, “me muero” expresan esta absoluta falta de control sobre lo que está aconteciendo.

Los relatos de parto no son, en definitiva, narraciones unitarias y coherentes. Al contrario, muestran una complejidad y un dinamismo que los hace únicos y al mismo tiempo posiblemente ejemplares para que se reconsideren definitivamente algunos resistentes binarismos, como son los que oponen cuerpo y mente, o naturaleza y cultura (*cf.* cap. 1). Un mismo parto puede definirse místico y totalmente corporal, doloroso y placentero, y necesitar tanto de acompañamiento como de momentos de soledad, tanto de intuiciones y capacidad de secundar las sensaciones como de habilidades técnicas e indicaciones expertas. Las opciones presentadas no son, en último término, forzosamente disyuntivas. Así, si es posible identificar un motivo predominante que caracteriza cada narración, también es cierto que lo que las une es la coexistencia de elementos contradictorios, siendo esta tal vez una de las características más llamativas y más fructíferas de los relatos de partos en casa. Las narraciones devienen verdaderos rompecabezas para quien busque una coherencia lógica a través de opciones excluyentes: voluntario o involuntario, consciente o inconsciente, solitario o acompañado, entre otros ejemplos posibles. Y, al mismo tiempo, ofrecen pistas para interpretaciones complejas, y para que las palabras de las comadronas en los cursos de preparación, presentadas en el capítulo anterior, y tan poco propensas a la definición, adquieran un sentido renovado.

2. La sombra del hospital

No siempre los partos terminan en casa, como se desea, y la posibilidad del traslado se tiene en cuenta desde los encuentros a lo largo de la gestación, para que esté a disposición un coche cerca y se conozca el recorrido hasta el hospital.

Los traslados constituyen los momentos de potencial contacto entre modelos, y por tanto, de posible choque. No obstante, el contraste y las posibles fracturas entre distintos sistemas de conocimientos, señalados por Davis-Floyd (2003 y 2004), parecen suavizarse o evitarse gracias a las estrategias utilizada por las comadronas (*cf.* cap. 4). Se sirvan de mentiras, de alianzas con profesionales que conocen, de capacidades diplomáticas, opten por la ausencia del hospital, o al contrario por el acompañamiento e incluso por seguir en la atención hospitalaria, si el contexto lo permite, sus

modalidades tácticas y adaptativas responden al objetivo principal, no siempre conseguido, de evitar enfrentamientos posiblemente nocivos para madres y bebés. Pero los traslados representan también ocasiones que obligan, más que nunca, a la relación entre madres y padres y estructuras hospitalarias. A lo largo de la gestación podían servirse de modalidades más “fáciles”, como aceptar una receta pero no tomar un fármaco, no presentarse a una cita, utilizar el diagnóstico pero buscar soluciones alternativas a las propuestas. En el momento de decidir un traslado, al contrario, cuestión que, en los casos encontrados⁹, ha sido siempre no urgente, sino negociada con la(s) matrona(s), el cambio de escenario hace ineludible la relación, y más difícil utilizar fórmulas como las mencionadas. Si bien también se emplea, en distintas medidas, la mentira como estrategia para evitar conflictos, el entrar en un contexto institucional con reglas, roles y espacios muy definidos, marca obvias diferencias con el domicilio. En los relatos maternos y paternos, las dificultades que conllevan los traslados conviven con una enorme valoración de las formas de actuar de algunas figuras profesionales, que se presentan como una especie de ángel de la guarda en un contexto hostil. Aunque hayan entrado muchas personas en un mismo momento, se hayan escuchado comentarios desagradables, sufrido exploraciones vaginales repetidas, esperado mucho tiempo antes de recibir atención o de que se efectuaran las intervenciones requeridas, o no obtenido informaciones, todo ello adquiere una importancia reducida frente a los modos afectuosos de algunos profesionales, a la finalización del nacimiento y al bienestar presente. Así, por ejemplo, en un grupo, una mujer recordaba su traslado como una experiencia muy positiva, mencionando como un detalle más el hecho de que no la avisaron para practicarle un fórceps.

Se trata de las mismas personas que, en otras ocasiones, han demostrado no tener una visión idealizada de la práctica biomédica ni un respeto absoluto de las indicaciones obstétricas. ¿Qué pasa entonces en el parto?

Por un lado, se trata de situaciones en las que se necesita y se espera algún tipo de intervención especializada. Por otro, se llega, a menudo, con un cansancio importante, cierta exasperación por los intentos fracasados en casa, y con buena disposición hacia cualquier tipo de solución. Así, no es tanto que no se identifiquen las formas de violencia sufridas, desgraciadamente presentes, en diferentes medidas, en casi todos los relatos de parto hospitalario escuchados¹⁰, sino que se prefiere

⁹ Los casos de traslados vividos por madres y padres se retoman de los grupos de preparación al parto seguidos (cuatro en total, de los que tres han sido discutidos en entrevistas) y, en un caso, de una entrevista en la que se insiste en una experiencia de traslado en el parto anterior. Se trata, por lo tanto, de un número muy limitado, y de situaciones no buscadas activamente, sino surgidas del mismo trabajo de campo, y que evidentemente no pueden considerarse representativas. Parecen confirmar, sin embargo, la relevancia de la relación personal que se establece entre madres y personal que las atiende, y señalan sin duda posibles líneas de investigación a seguir. El traslado, en efecto, podría representar un momento de diálogo entre modelos y de continuidad de la asistencia, en un hipotético contexto de aceptación social y biomédica de la validez del parto domiciliario. No mencionar el trabajo previo en casa y los problemas que se han presentado, en cambio, como en los casos analizados, responde al actual contexto de desconocimiento y rechazo de la asistencia en casa, pero, además de evitar el enfrentamiento, también impide valorar la situación con mayor pertinencia.

¹⁰ No me refiero solamente a los casos de traslados, sino a los partos hospitalarios descritos en las reuniones posparto

valorar aquel trabajo o aquellas intervenciones que han supuesto una ayuda o una conclusión del sufrimiento.

Las palabras que siguen, de un padre recordando la situación vivida, dan una idea general de las condiciones en las que pueden llegar las parejas al hospital:

Nosotros estábamos bastante *hundidos*, tanto ella como yo estábamos ya *derrotados totalmente*, tanto física como psíquicamente y nada, pues le pedimos la hora al arbitro y le dijimos a Alejandro [matrón hospitalario al que se explica todo el recorrido previo, en casa] que queríamos ver el final, que queríamos ver el final como fuera, que entendiera que junto a las 16 horas de hospital llevábamos ya 48 en casa y que esto ya era un infierno total y que era una *miseria terrible* en la que estábamos [audio Grupo A].

Aquellos partos que no solamente se prolongan a lo largo de días, sino que parecen bloquearse en algún punto, sin que se generen cambios perceptibles durante muchísimas horas, dan lugar a desesperación, cansancio y decepción. Que se haga necesario recurrir a un hospital, además, constituye de por sí un motivo de frustración para aquellas mujeres que habían deseado y planificado un parto en casa.

La percepción del traslado como fracaso y, aún más, de la cesárea como derrota, contradice las afirmaciones y el trabajo previo durante el embarazo, en el que se insiste en la validez de las tecnologías, y de saber reconocer cuándo son necesarias. Si bien ir a un hospital por un traslado supone rendirse a un parto más o menos intervenido, la insistencia en el parto vaginal, a veces por parte del personal sanitario, otras por parte de las madres, se configura en los discursos como una lucha necesaria, como un esfuerzo ímprobo, que pasa por intentos diversos y agotadores. Incluso en el caso mencionado más arriba, en el que se estaba pidiendo una cesárea¹¹, y la propia comadrona domiciliaria veía su necesidad, la conclusión en vaginal adquiere los tintes de una victoria inesperada.

La “sombra del hospital” y luego “la sombra de la cesárea” son las expresiones que utiliza una madre en un relato escrito de su parto, al describir la desilusión que supone para ella no poder dar a su hijo el nacimiento que esperaba y, tal vez, tener que terminar en cesárea. Recordar las palabras de las comadronas en el domicilio, una haciendo hincapié en que no empecinarse por un parto en casa a toda costa también significaba ofrecer un nacimiento respetuoso, la otra sugiriéndole medir su fuerza, no le impide referirse al hospital y a la cesárea como a algo francamente amenazador:

Ya sé que algo está pasando y se presenta la *sombra del hospital*. No puedo ni hablar. La rabia y la frustración me cierra la mente y la garganta.
[...]

de los grupos de preparación o en las reuniones del grupo local de EPEN a las que se ha asistido.

¹¹ Se recuerda que la decisión final de la cesárea corresponde siempre al ginecólogo/a. La reciente atención de las políticas sanitarias internacionales, europeas y nacionales al problema de las elevadas tasas de cesárea es un tema muy controvertido, y que genera polémicas acerca de los confines entre elección de la usuaria y criterios profesionales (cf. Regalia y Bestetti 2010).

La *sombra de la cesárea* sigue presente y seguirá hasta el final; pero queda una posibilidad y en ella creo [Rosa, 27 años, relato escrito, cursiva mía].

El parto de Rosa será finalmente vaginal, con fórceps. Lo define una “batalla ganada”, por ella y por su niño, aunque, como toda batalla, con sus cicatrices, no solamente simbólicas¹².

La obstinación generalizada por el parto vaginal resulta digna de mención, por al menos dos motivos. Uno es que parece dejar en un segundo plano otros aspectos, como la vivencia agotadora de la espera de una intervención, las consecuencias de partos instrumentales, sea con fórceps o con ventosa, los problemas al nacer, la dificultad de la recuperación, tanto para la madre como para el/la hijo/a. Otro es que esta postura no coincide con las discutidas en los cursos de preparación, defendidas por las matronas e incluso por uno de los sostenedores más conocidos del modelo domiciliario (Odent 2006). Aún cuando las mismas parejas estaban pidiendo una cesárea, aún cuando el parto, si bien vaginal, ha perdido todo carácter de “espontaneidad”, se asiste a una hipervaloración de todas las modalidades no quirúrgicas.

En efecto, a pesar de que ni en la formación que se proporciona en algunos casos a lo largo del embarazo, ni en conversaciones y entrevistas, las matronas nunca lleguen a demonizar la operación de la cesárea, se dan muchos elementos a favor de un parto vaginal. La insistencia en teorías que sostienen la importancia de pasar por el canal de parto, en las ventajas neuronales para el bebé, en las consecuencias psicofísicas de una cesárea, y en que “todas podemos parir” es probable que tengan un peso considerable en las orientaciones maternas. Si los discursos de las comadronas se caracterizan precisamente por su ambivalencia y complejidad, se ha observado cómo madres y padres parecen necesitar de mayor definición (*cf.* cap. 5). Su búsqueda de informaciones a lo largo del embarazo, además, suele centrarse en la lectura de fuentes que defienden las ventajas de un “parto natural”. Y la cesárea aparece como el punto de máximo alejamiento de lo natural/espontáneo¹³.

Los modos algo rígidos de recepción de las informaciones, y la pretensión de responder a un ideal, o a las indicaciones de un manual, se trate de parir en casa o de manera vaginal o, como se expondrá a continuación, de prácticas específicas e intensivas de crianza son, en suma, lo que se demuestra inevitablemente problemático. Y los problemas que se presentan no son exclusivos de un modelo (de asistencia o de crianza) sino comunes a toda práctica que pierde aquella flexibilidad y adaptabilidad que la define como algo continuamente sujeto a cambios, no fijo, ni predeterminado,

¹² “[el bebé] nació con cuatro pequeñas heridas alrededor de los ojitos, una se está quedando y yo con una, recuerdo de cuando la vida me atravesó”.

¹³ En cualquier caso, no puede no tenerse en cuenta que se actúa dentro de un contexto en el que se reconoce de abusar de este tipo de operaciones, más rápidas y efectivas que una espera de tiempos y resultados inciertos.

sino en continuo devenir.

3. Dificultades comunes en el posparto y posibles derivas conservadoras

La noción de posparto es una noción elástica, que se utiliza para referirse tanto a los momentos inmediatamente sucesivos al parto (la salida de la placenta, el primer contacto con el bebé, las reacciones de otras personas presentes), como a los primeros días (las visitas, los inicios de la lactancia), al periodo de “cuarentena”¹⁴, a los primeros meses o a los primeros dos años. Casi siempre hablar de cómo se ha vivido o se está viviendo el posparto implica, por tanto, recordar los inicios y, al mismo tiempo, extenderse a, al menos, los primeros meses. En casos puntuales, además, se critica explícitamente la limitación habitual a la fase de “cuarentena”, optando por incluir los primeros dos años, en los que niños/as son aún casi totalmente dependientes.

El periodo de posparto se caracteriza por dificultades comunes y no ligadas a la personalidad o a los comportamientos de un bebé determinado. Independientemente de si se extiende a los primeros meses o años, y de si se conceptualiza o no como crisis, conlleva ciertos inconvenientes, estrechamente vinculados a modelos de crianza particulares y al contexto social en el que se vive. Los partos en casa suelen dar lugar a rápidas recuperaciones físicas; durante el primer periodo se sigue contando con el apoyo de las comadronas a través de citas en la casa y del contacto telefónico, y es habitual esperar unos días para las visitas, y espaciarlas en función de las necesidades y del cansancio de la madre. Se cuida especialmente, así, la fase inicial, de adaptación mutua, y de evidente ruptura del equilibrio de pareja/familiar. Los principales problemas parecen presentarse más tarde, excediendo los objetivos de este análisis, pero abriendo nuevas preguntas y posibles líneas de investigación, que se retomarán en las conclusiones.

Es posible señalar diversos elementos que contribuyen a complicar este periodo, confirmando, en gran parte, las advertencias y reflexiones de las comadronas en la formación proporcionada a lo largo del embarazo.

Haber discutido desde el embarazo sobre la complejidad del posparto puede prevenir contra su idealización, pero no puede evitar una cotidianidad que sobrepasa cualquier descripción previa y que, sobre todo, no encuentra respuestas adecuadas en el contexto social al que se pertenece. Condiciones laborales cada vez más precarizadas y escasez de medidas económicas de apoyo a la maternidad, paternidad y primera infancia constituyen las bases comunes sobre las que se van desarrollando las experiencias de posparto (cf. cap. 5). Al tratarse, además, por lo general, de parejas que han decidido no externalizar la crianza, contratando servicios de niñeras o de

¹⁴ Es así como se suele denominar el periodo, de alrededor de cuarenta días, de recuperación física posterior al parto.

guarderías, sino ocuparse personalmente de ella, y en modos que pretenden estar atentos a las necesidades de niños/as, la dedicación en los primeros tiempos es muy absorbente, generadora de problemas comunes y conflictos más o menos exacerbados. Así, la pretensión de encontrar respuestas individuales a marcadas carencias sociales no resulta exenta de problemas, que se agravan en el momento en que se trata de respetar en modos literales algunos de los consejos expertos que conforman el heterogéneo campo de la denominada “crianza con apego”. Los orígenes de este campo suelen situarse en los desarrollos teóricos del psiquiatra y psicoanalista John Bowlby, de mediados de los años 60 (*cf.* Díez 2000), que postulaba la necesidad de figuras adultas de referencia o “de apego” para la primera infancia, pero las numerosas interpretaciones y reformulaciones han dado lugar a corrientes y prácticas bastante variadas.

Las parejas que deciden tener el nacimiento de su hijo en casa suelen optar, efectivamente, por una “crianza con apego”. Sus modalidades varían ampliamente, adaptándose a situaciones personales y familiares¹⁵, y sin embargo la centralidad de y el profundo respeto por las necesidades infantiles constituye el denominador común. Varias razones contribuyen a que esta atención especial hacia el bebé lleve a una gestión de su cuidado en el seno de la pareja. Ésta se traduce en una evidente sobrecarga para ambos miembros y en un aislamiento aún más acentuado para las madres, que puede llegar a extremos claramente insanos, tal y como se mostrará mediante ejemplos particulares. No solamente el contexto político-económico no resulta favorable al cuidado de personas altamente dependientes, sino que otros elementos como son la imagen socialmente dominante de la inviolabilidad del espacio doméstico y de la intimidad de la pareja; la gran inversión emocional que conlleva cada embarazo debido, entre otras cosas, al retrasarse de las edades reproductivas y a la reducción del tamaño familiar; y, por último, el recurso generalmente conflictivo a abuelas y abuelos¹⁶ como principal medio para responder a las nuevas necesidades del núcleo familiar contribuyen a una gestión de la crianza repartida básicamente entre madre y padre, y caracterizada por una mayor dedicación de ella. A pesar de que se compartan muchas tareas con la pareja, en primer lugar algunas, como la lactancia, no son transferibles, sino parcialmente¹⁷ y, en segundo

¹⁵ Así, por ejemplo, entre las prácticas más comunes de este modelo de crianza, la “lactancia prolongada” se traduce en tiempos y estrategias variables, introducción progresiva de la comida, y negociación con el hijo o la hija; el contacto con el bebé no es continuado ni exclusivamente materno; el colecho es muy practicado básicamente porque es considerado más cómodo; el porteo es frecuente, pero no excluye otras modalidades como carros o sillas, ni corresponde solamente a la madre.

¹⁶ El recurso a la familia extensa, efectivamente, parece ser lo más común, sobre todo en el periodo inmediatamente posterior al nacimiento, pero precisa de algunas puntualizaciones. El desfase entre las maneras de criar de las abuelas y las de las madres puede ser fuente de conflictos, o hacer que la ayuda recibida a menudo no se perciba como apoyo, porque no responde a las necesidades advertidas, se considera del todo insuficiente o no se demuestra útil para resolver cuestiones concretas, tal y como se manifiesta en las palabras de esta madre: “Y luego mi madre estuvo un tiempo, pero claro, mi madre tampoco sabía de lactancia, tú sabes que nosotras aquí en España somos la generación criada con biberón y en la cuna. Entonces ella no [...], no sabía mucho qué decir” [Susana, 38 años].

¹⁷ Todas las entrevistadas han optado por la lactancia materna, salvo en un caso que se detallará más adelante, pero algunas se han servido también de sacaleche y congelación, como métodos para que también la pareja u otra persona pudiera alimentar al bebé.

lugar, casi siempre los padres trabajan fuera la mayor parte del día. Las madres, por tanto, se ven lidiando con las tareas de la crianza sin apenas apoyo, o con el apoyo de compañeros sobrecargados por la acumulación de trabajo tanto dentro como fuera de la casa. Compartir las entre dos parece ser más bien un parche en un contexto social en el que las necesidades de la primera infancia no están realmente previstas, sino encubiertas por las paredes de la casa y, al mismo tiempo, convertidas en sectores de mercado capaces de renovarse continuamente.

Así, los altibajos del posparto, el amor inmenso por la nueva criatura y las ganas de tirarla por la ventana, aparecen casi sin solución de continuidad en las conversaciones con las madres. Las vivencias de este periodo se presentan, en sus narraciones, aunque con algunas significativas excepciones, como etapas de gran aislamiento, de olvido de sí mismas, de agotamiento, de falta de tiempo para sí, de preocupación por el bienestar del bebé y carencia de referencias cercanas. Esto es especialmente evidente en aquellos casos en los que prestar atención a las necesidades infantiles se convierte en una dedicación materna continua y constante:

O cuando estoy muy cansada muy cansada y quiero dormir un poco, y se lo dejo a él [al marido]. Luego me levanto, y me siento culpable, digo: el pobre, que no he estado con él. Como si tuviera que estar con él las 24 horas, ¿no? Y si no estoy con él es como que qué mala, que no he querido [...], he preferido dormir sola [Ester, 34 años].

Entre las experiencias de posparto narradas por las madres, dos se distinguen por su especial crudeza. Una es relativa al nacimiento de un segundo hijo, mientras la primera era todavía pequeña; otra se asocia a graves problemas con la lactancia. Ambas podrían resumirse como un choque frontal con la *realidad* de la crianza, después de una serie de lecturas que elogiaban las virtudes de un modelo de maternidad cuidadoso y atento, haciendo hincapié en la importancia e incluso en la facilidad de la lactancia, en la unidad materno-filial y en el papel del padre como sostén de la “diada” (madre-hijo). Las afirmaciones corporales, en este caso de rechazo, que tanta importancia asumen en los relatos de parto, en esta ocasión no se aceptan, ni se siguen. Al contrario, se obvian, en la pretensión de alcanzar una hipotética perfección que, al no ser asequible, acaba produciendo un importante sentimiento de culpa, tantas veces señalado para la maternidad, al menos a partir de la creación de la infancia como categoría analítica y periodo necesitado de protección especial (*cf.* cap. 2).

Vale la pena detenerse sobre estas dos historias, emblemáticas de unas posibles derivas conservadoras de la denominada “crianza con apego”. A través de ellas, se vislumbra también la influencia que siguen teniendo los “consejos expertos” en el campo de la maternidad y de la crianza, aún en personas que demuestran gran capacidad crítica. La intención de aplicar indicaciones específicas y con pretensión de universalidad a realidades cambiantes y complejas da

lugar a situaciones claramente perjudiciales tanto para la salud de mujeres concretas como para el bienestar de todo el núcleo familiar. Es en estos casos en los que el pretendido respeto por las necesidades infantiles se convierte en una auténtica tragedia familiar, en violencias autoimpuestas, conflictos y rupturas de pareja, y hasta en maltrato hacia los/as hijos/as.

Lola insiste en que su expectativa, después de un embarazo muy feliz y un parto rápido, era la de “echar fuegos artificiales” y querer mucho a su bebé, según una imagen edulcorada que compara al universo disneyano. En cambio su posparto, y lo repite una y otra vez, fue como “pegarse una hostia”. “¿Cómo lo iba a querer, si lo que quería era echarlo por la ventana?”, afirma, al recordar la relación inicial con su hijo, que no fue precisamente de amor inmenso e incondicionado. Lola no tuvo un “mal parto”, no fue separada de su bebé, y no fue víctima de violencia obstétrica, sino de una violencia autoimpuesta, de una agresión a su cuerpo, a su persona, debida a su férrea voluntad de respetar un ideal de madre que, si bien diferente del de su propia madre, se demostraba igualmente estático y exigente. Sin embargo, a pesar de todos sus esfuerzos y de su insistencia estoica en quedarse durante horas y a lo largo de días y noches con su niño pegado al pecho, sus tetras no producían leche:

Y [...] y claro, yo sólo sabía que el biberón no se lo podía dar, que el biberón no se lo podía dar y que el biberón no se lo podía dar. Y que no lo podía soltar, porque lo había leído en los libros. Y que tenía que tener la teta todo el día puesta. Yo estuve un día 33 horas sentada en el mismo sitio del sofá, y mi hijo mamando sin parar. Sea mi hijo se cogía de puta madre, yo no tuve grietas, no tuve nada. Mi hijo mamaba, sólo que es que no había leche. Esto en los libros decían que no podía pasar [Lola, 41 años].

Es su cuerpo, en definitiva, el que canaliza las contradicciones vividas y expresa lo más profundo, lo más oculto, lo que ella negaba y que empezó a entender solamente dos años después, según una interpretación de malestares, complicaciones o patologías que retoma la propuesta en los cursos de preparación (*cf.* cap. 5).

La eficacia de la “protesta corporal” (*cf.* cap 1) se debe, en este caso, a su incontestabilidad, a modalidades afirmativas y perentorias. Aquí el cuerpo no solamente está “diciendo” algo, sino que está haciendo, está actuando, está impidiendo, en concreto, seguir con un modo de criar idealizado, y que no responde a las necesidades particulares de una mujer particular, y además insertada en un contexto específico que hace de la crianza un hecho absolutamente individual.

La historia de Bea es extraordinariamente similar, tanto por la reacción de rechazo corporal, en este caso selectivo, a la lactancia, como por los intentos de aplicación literal de lo leído. Bea llega a considerar autónoma una criatura a la que se le ofrece la posibilidad de estar pegada al cuerpo de la madre, porque es allí donde lo tiene todo, “sabe mamar sola, sabe pegarse cuando tiene frío, sabe despegarse cuando tiene calor, sabe buscar la protección, se siente segura”. Se refiere a su primer

posparto como a un periodo de gran satisfacción y bienestar, y en el que pronto pudo dedicarse a otras ocupaciones, aunque siempre llevando a su niña consigo. Fue solamente después de su segundo hijo que lo leído se hizo inalcanzable. El apoyo de amigas y amigos, experimentado y profundamente agradecido en su parto, no siguió después del nacimiento, por lo que el aislamiento, el alto nivel de autoexigencia, y la pretensión de seguir con el mismo modelo de presencia intensiva y cuidados continuados con ambos hijos, se convirtió en una auténtica tortura, una vez más autoimpuesta:

[Lo leído] lo podía aplicar. Porque era una bebé para mi, entonces, aunque había cosas que me había removido, pero en realidad ¿esto cómo se hace? ¿así? Pues así lo hago yo. ¿No? Cuando viene el otro, es imposible, es imposible, ¿sabes? ¿Por qué? Porque hay dos bebés que te están pidiendo dos cosas diferentes y tú sólo eres una ¿sabes? Y ahora ya ¿ahora qué? Y esto fue pa mi muy frustrante, muy difícil, muy doloroso, yo no dormía, yo no comía, yo no cagaba sin un bebé encima. Terminé desquiciada ¿sabes? Si tú imagínate, si los nazis usaban el tema de no dejarte dormir pa volverte loco como un método de tortura ¿no? Yo a mi misma me auto-torturaba ¿sabes? Terminé desquiciada, pesando 40 y pocos kilos [...], terminé muy mal [Bea, 34 años]

Lo interpreta, sin medios términos, como una violación hacia sí misma, y una culpabilización doble de las víctimas: su hija y ella. Sus palabras, que inicialmente parecen reproducir frases leídas en un manual, son un *crescendo* de pena y desazón:

Pero como la sexualidad oral está hasta los tres años y medio, cuatro, que empieza la sexualidad genital, y dentro de la fase de sexualidad oral es tan importante la teta, yo no podía permitirme destetar a mi hija antes de los tres años y medio. ¿Sabes? Y entonces había veces que mi hija me pedía de mamar y yo me enfadaba con ella, yo llegaba a enfadarme mucho con ella, y a tratar a mi hija muy mal, tía, y era una bebita ¿sabes?

Además de enfadarse, gritar, despertarse por la noche, su propio cuerpo, su teta manifestaba un rechazo selectivo hacia la hija, que le generó un profundo sentimiento de culpa:

[...] sentía rechazo, ¿sabes? a que se enganchara a la teta. Y sin embargo el niño se enganchara horas y horas y no sentía esto, ¿sabes? Era sólo con la niña. Esto a mi me creaba un nivel de culpabilidad ¿sabes? De ser una mala madre [llorando] [...].

La incapacidad de poner límites, de adaptar las teorías a la realidad cotidiana, de tener en cuenta sus propias necesidades, emociones, deseos la llevó, aunque por una vía distinta a la de generaciones anteriores, a sentirse culpable y, en última instancia, una “mala madre”. La maternidad, a partir de una crítica mordaz a la ausencia de respuestas sociales a las necesidades infantiles, vuelve a tener carácter de sacrificio, de entrega incondicionada y potencialmente masoquista, promovida durante muchos años por las ideologías dominantes (Diez 2000, Sau 2004 [1995]). O, en palabras de la propia Bea, “al final estaba repitiendo la misma [...] mierda patriarcal”.

3.1. Redes

Como se ha señalado, el aislamiento de las madres y la sobrecarga de ambos miembros de la pareja resulta ser una constante, sólo en parte puesta en entredicho por el apoyo de familiares o por intentos de colectivización de la crianza.

La necesidad de contar con el sostén de otras personas en el periodo de posparto deviene claramente manifiesta en las conversaciones con madres y padres, e independientemente de su condición socioeconómica. El reparto en el núcleo doméstico de tareas históricamente atribuidas a las madres o llevadas a cabo por mujeres no soluciona las dificultades posteriores al parto. El cuadro que se dibuja es más bien el de una acumulación de cansancio y frustración, entre madres agotadas por la actividad absorbente de la lactancia y la falta de sueño, y padres que vuelven cansados de sus trabajos, para dedicarse al amontonarse de tareas pendientes. Si a ello se añade la escasez de tiempo, tanto para cubrir todas las necesidades del núcleo familiar, como para poder dedicarse a otras actividades e intereses, y las dificultades que supone no saber cómo resolver problemas infantiles comunes, se completa un cuadro desolador. Así, si bien tanto madres como padres insisten en el placer de la crianza, en el gusto del contacto con sus bebés, en el efecto incluso magnético de su olor, no se niega la carga que conlleva, ni las dudas e inseguridades que se presentan.

En parte las dificultades identificadas se consideran constitutivas de la fase de posparto, por las necesidades que plantea una criatura de pocos meses. Por tanto, que el posparto sea “muy duro” aparece como una realidad aplastante y no susceptible de modificaciones. Frases como “los demás también tendrán sus líos” o “no es fácil encontrar a alguien que esté ni cerca físicamente ni con una disponibilidad como para esto”, o “la gente estaba ajetreada en sus cosas”, justifican, además, la soledad que lo caracteriza.

No obstante, al mismo tiempo, se dan casi siempre tentativas de soluciones grupales a problemas individuales/familiares. Diferentes formatos de grupos se van constituyendo en los meses y a veces años posteriores al nacimiento: desde grupos de posparto, a grupos de apoyo a la lactancia, a grupos de madres o de madres y padres, a grupos de crianza con diferentes niveles de estructuración. En algunos casos una figura profesional coordina los encuentros. Es así en los grupos de posparto, organizados por matronas de forma privada, o en algunos grupos de apoyo a la lactancia, montados por doulas y/o comadronas. Casi siempre, sin embargo, se trata de grupos autogestionados que, en momentos puntuales, pueden hacer referencia a algún profesional de la salud, al que se dirigen para cursos o charlas. Se comparten informaciones, experiencias, emociones, y recursos materiales¹⁸. Se cumplen, por ende, funciones informativas, terapéuticas en sentido amplio, de resolución de problemas específicos, de entretenimiento y desahogo. Especialmente en los casos en los que se ha

¹⁸ Entre los recursos materiales, la leche es uno de los bienes más preciados, que puede contribuir a la resolución de problemas de lactancia de algunas madres, gracias a la aportación voluntaria y gratuita de leche de otras madres.

asistido a una “preparación al parto” grupal, es bastante común cierta continuidad, seguir organizando encuentros después del nacimiento, y mantenerse en contacto a través de distintas herramientas informáticas. A veces estos grupos constituyen también el núcleo del que se originan proyectos a más largo plazo, como grupos de crianza o proyectos educativos.

Pero se trata casi siempre de reuniones puntuales, con una frecuencia quincenal o mensual, que no llegan a modificar, en definitiva, la vida cotidiana de las familias. Las que ya han pasado por esta fase, aún las que hablan de grupos de crianza “muy consolidados” y que se encontraban todas las semanas, reconocen que no resolvían el aislamiento de todos los demás días. De ellos pueden haber surgido amistades prolongadas en el tiempo y diferentes modalidades de apoyo, pero solamente la incorporación a proyectos educativos más estructurados, habitualmente con figuras de acompañantes retribuidos, ha garantizado la salida de la crianza fuera de la pareja y del núcleo doméstico. La única posibilidad de continuidad en la socialización de la crianza se ha dado, por tanto, en el marco de su, al menos parcial, mercantilización.

Finalmente, entre las parejas con bebés de pocos meses, la búsqueda de soluciones colectivas se configura como un *intento*, escasamente conseguido, aunque muy satisfactorio cuando finalmente se realizan los encuentros interfamiliares, y también como una *intención*:

Bueno, pero que ya te digo, que se dice, no, criar en red, en grupo, pero al final uff, todo es [...], vivimos en un mundo tan atómico, ¿sabes? después es muy difícil [...]. Vale, te vas al huerto, conoces a la gente y bien, pero que después cada uno tutututu, se mete en su vida, y es muy complicado, la verdad [Pepa, 36 años].

En este caso, a la brecha entre lo deseado (y deseable) y la realidad cotidiana, se une la voluntad de apostar en un futuro, para cuando la madre se reincorporará al trabajo, por la construcción de un grupo más estable:

Es decir que queremos crear un grupo, queremos la primavera y el verano hablar, comunicarnos e intercambiar informaciones, con la idea de que el curso que viene tener un grupo de apoyo mutuo, de intercambio de cuidados, ¿vale? porque Pepa y yo trabajamos por las mañanas, bueno, pues, que alguien cuide Samuel por la mañana, nosotros nos encargamos una tarde o dos tardes, o a lo mejor no hace falta cuidar de niños, sino hace falta lavar ropa o cocinar, pero intercambiar cuidados, para criar juntos o co-criar juntos a cinco, seis, doce niños, también por los niños, y por nosotros y todo esto [Emilio, 37 años].

En definitiva, los planteamientos de una crianza “extramuros”, es decir, fuera de las paredes domésticas y de los límites de la pareja, son tan comunes como las dificultades que conlleva su puesta en práctica. Los momentos de encuentros, si bien muy valorados, se demuestran insuficientes, casi anecdóticos, sin duda no resolutivos del aislamiento cotidiano en el que se encuentran las madres y, secundariamente, los padres. El problema de la individualización de los cuidados, repetidamente señalado en los análisis feministas, sigue en pie, aunque se reparta entre

dos. Tener un espacio fuera de la casa limitado solo al ámbito laboral es tan duro, intenso y agotador como no tenerlo y dedicarse de manera exclusiva a la crianza. Frente a la *inevitabilidad* de la “dureza” del posparto, el multiplicarse de proyectos colectivos de madres y padres en el territorio de estudio, y la diversidad de fórmulas utilizadas es un indicador no sólo de necesidades sociales compartidas, sino de la voluntad de ir experimentando nuevas soluciones, más allá de que finalmente resulten o no satisfactorias. Profundizar en las modalidades en las que los distintos grupos solucionan al menos algunas de las necesidades señaladas para este periodo podría ser materia de otro estudio.

Para nuestro análisis es de destacar que gran parte de las iniciativas rastreadas a lo largo de la investigación parecen derivar directa o indirectamente de los grupos de preparación al parto. Aparecen, en más de un caso, como una prolongación de éstos, aunque es habitual que se incorporen otras familias. Confirman, por tanto, la importancia de la labor previa de las comadronas, de generar espacios de encuentro desde el embarazo, y de crear la posibilidad misma de la relación. La vinculación que se va generando entre madres y padres, que casi todas mencionan, hace que varias opten por seguir en los grupos de posparto coordinados por las comadronas. Sin embargo, ni esta posibilidad existe en todas las provincias andaluzas (y, por lo general, se prefiere evitar desplazamientos en el posparto), ni es la opción más común a medio plazo. Más bien, los encuentros coordinados por comadronas, anteriores o posteriores al nacimiento, devienen un pretexto para compartir inquietudes y construir espacios de encuentros paralelos o alternativos. Las comadronas a menudo siguen constituyendo figuras profesionales referentes, pero ya no son necesarias para la puesta en marcha de proyectos que pretenden compartir, en mayor o menor medida, los primeros años de crianza. Aún en los casos en los que se ha tenido una formación individual (de pareja, y no en grupo) a lo largo de la gestación, o lejos del lugar en el que se vive, el parto en casa demuestra ser un modelo de asistencia que aglutina a madres y padres con preocupaciones e intereses similares en cuanto a nacimiento, crianza y educación. Las matronas, por lo tanto, cumplen a menudo la función de intermediarias e impulsoras de grupos muy diversos, facilitando el contacto entre familias o participando directamente en grupos y asociaciones.

Con todo, sin cuestionar la segregación de los extremos etarios en espacios exclusivos y excluyentes, propia de un modelo social, pero también de las propuestas alternativas de crianza, se ofrecerían respuestas muy parciales, incapaces de trastocar desde los cimientos la invisibilización y desvaloración histórica del trabajo “reproductivo”. La anulación de otras facetas vitales, como son, por ejemplo, la participación en otros espacios, disfrutar de tiempo para sí o para actividades “de ocio”, que se dejan necesariamente a un lado en casi todos los casos encontrados, se comparten o no las tareas de cuidado en la pareja o entre varias parejas, forma parte de una imposibilidad estructural de resolver la contradicción fundamental entre capitalismo y crianza (del Olmo 2014), sin que se

produzcan cambios más generalizados. El problema de la doble o triple jornada laboral, denunciado para las mujeres, no se resuelve sino que se multiplica, involucrando a más personas, en unos modelos intensificados de crianza que no pueden ni pretenden cambiar el entorno más amplio en el que están encuadrados.

4. Embarazarse sin parir

En las entrevistas a madres, la mención a experiencias de aborto se incluye a menudo en la descripción de su epp. En concreto, se nombran seis casos de aborto espontáneo, y uno de aborto provocado, sin que nunca se hagan preguntas específicas sobre este tema. A veces las vivencias de aborto hospitalario llevan a o confirman la elección de parir en casa. En otros casos, abortos previos condicionan las experiencias posteriores de embarazo. En un caso, por último, es la vivencia anterior de un parto en casa la que lleva a optar por modalidades no clínicas, a la hora de hacer frente a un aborto.

Se evidencia, pues, la relativa recurrencia de gestaciones que no llegan a término, que contrasta con la escasez de informaciones sobre este asunto. Hay quien habla de una frecuencia de uno cada cinco embarazos (*cf.* Layne 2006). Con respecto a nuestra muestra, una cuarta parte de las entrevistadas mencionaron sus abortos espontáneos, para centrarse en la asistencia recibida o en cómo los vivieron y cómo afectaron a sus siguientes embarazos. Pero tanto yo como algunas madres, que empezaron a celebrar la noticia del futuro hijo desde las primeras semanas de gestación, desconocíamos la amplitud de este fenómeno. Me produjo, por tanto, no poca sorpresa escuchar tantas anécdotas y relatos de abortos en conversaciones centradas en epp “exitosos”. En cualquier caso, precisamente la espontaneidad y desenvoltura con la que muchas de las madres insertaban sus abortos en las historias de sus maternidades comprobarían una profunda vinculación entre las experiencias vividas, siempre más inclusivas y más hostiles a simplificaciones y divisiones que cualquier análisis.

El común desconocimiento sobre los abortos espontáneos, sus causas, sus síntomas, las diferentes posibilidades de tratamiento (quirúrgico, farmacológico o expectante), las necesidades de soporte psico-emocional han sido objeto de análisis por parte de la antropóloga estadounidense Linda Layne. En particular, Layne (2006) hace hincapié en el escaso o nulo espacio dedicado a este tema, no solamente en los textos informativos redactados por sociedades ginecológicas y dirigidos a embarazadas, en las visitas prenatales o en los cursos de preparación al parto, sino también en textos producidos por y para el movimiento de salud de las mujeres. Cabe señalar que, en el Estado español, en cambio, las campañas y reivindicaciones de EPEN, que puede considerarse, de alguna manera, heredero del movimiento de salud de las mujeres, incluyen también el tratamiento de las

perdidas perinatales, y que se han ido formando grupos de apoyo específicos para compartir y afrontar estas vivencias.

A partir de su propia experiencia, de la confusión y del desconcierto que siguió a su primer aborto, y de los distintos especialistas a los que acudió sucesivamente en otros seis intentos fallidos de embarazo, Layne cuestiona la idoneidad de la asistencia recibida, y avanza algunas propuestas. Utilizar un enfoque feminista, sensible a las distintas condiciones y contextos de proveniencia de las mujeres, capaz de ofrecer informaciones desde las primeras visitas, y apoyo y acompañamiento en el caso de una pérdida constituye la parte central de su propuesta. Según esta autora, diversos elementos concurrirían a que una experiencia tan habitual sea ampliamente silenciada. Explica esta ausencia con la confluencia de tres factores, a saber: las superposiciones inoportunas con las políticas abortistas; el rechazo feminista por la medicalización de la vida de las mujeres que contribuiría a una escasa atención a las posibles complicaciones; la centralidad atribuida al “producto”, que hace que se olviden las vivencias de embarazo y de aborto, una vez que éste es inviable. Hablar de abortos espontáneos, por tanto, hacer que las mujeres conozcan frecuencia, síntomas, opciones existentes, consecuencias para futuros embarazos se configura como un primer y fundamental paso. Layne sugiere, además, enseñar técnicas sencillas como la auto-exploración vaginal, o evitar hablar de “bebé” ya desde las primeras semanas. Pero, sobre todo, plantea aplicar el modelo de asistencia domiciliaria al parto también a los casos de pérdidas en el embarazo. Precisamente el tipo de acompañamiento ofrecido por comadronas y doulas se presenta como un medio excelente para responder a la ausencia señalada, desde una perspectiva feminista.

En el epígrafe que sigue a continuación, se propone analizar brevemente un relato de aborto, vivido en casa, y que por ello produjo cierto escándalo, a pesar de que la mujer que así lo decidió también había anteriormente parido en su domicilio. El relato de Bárbara es una invitación a prestar atención a los olvidos mencionados, y a repensar las modalidades de la asistencia. En él se repiten, además, elementos ya señalados para las decisiones no normativas a lo largo del epp.

4.1. El aborto de Bárbara

Con Bárbara hablamos largos ratos, con grabadora y luego sin ella. Recuerda su parto en casa con emoción, con alegría, siente placer en compartir una experiencia tan importante para ella y que vivió con gran serenidad. Su hijo, de siete años, se queda con nosotras, y a veces participa en la conversación, hace preguntas o añade detalles. Conoce ya la historia de su parto porque le ha sido contada desde pequeño gran cantidad de veces, como si de un cuento se tratara. La atmósfera es

muy relajada y las interrupciones de Alberto, el hijo, en más de un caso enriquecen el relato, invitando a añadir aclaraciones o puntualizaciones. El escenario cambia repentinamente al mencionar las reacciones de sus familiares frente a la decisión de parir en casa y, acto seguido, agregar que las mayores incomprensiones en realidad tuvo que enfrentarlas más tarde, cuando, después de un aborto espontáneo en un segundo embarazo, decidió esperar a que la expulsión de los restos se diese sola, sin recurrir a un legrado.

Hasta la semana 20 de gestación las muertes intrauterinas se definen “abortos espontáneos”, son las más comunes y suelen terminar en una operación médica, que consiste en una dilatación instrumental y un curetaje (D&C) o raspado del útero. En las semanas posteriores reciben la definición común de “muertes fetales” y se resuelven con otros tipos de tratamiento. Además del legrado o D&C, la opción más común, existen otras posibilidades para que tenga lugar la salida de embrión y tejidos. Una de ellas es farmacológica, y consiste en la asunción de medicamentos que favorecen las contracciones uterinas y, con ello, la remoción de los tejidos. Otra es un manejo expectante, en el que se espera a que la expulsión acontezca de manera espontánea.

Al relatar su experiencia de aborto, Bárbara cambia de tono, de alegre a más bajo, triste, apenado. Era ella la que deseaba intensamente un segundo hijo, y recuerda la ilusión que le produjo saber que se había quedado embarazada. Pero en la primera ecografía ya no se escuchaba el latido fetal. Decidió igualmente acudir con su pareja a un ginecólogo de confianza, para poder formular todas las preguntas que se le ocurrieron, saber qué opciones existían, qué riesgos, y tomar sus decisiones. El médico la apoyó en su elección de esperar, explicándole lo que iba a ocurrir y los escasos riesgos que corría. Informada y tranquilizada por las palabras de su ginecólogo, se dispuso a la espera, elaboró el duelo a su manera, y no descartó del todo otras opciones, sino que pensó ir valorando cómo llevaba el proceso, cómo se iba sintiendo, para eventualmente recurrir a otro tipo de solución. No contó, sin embargo, con las reacciones de su “familia muy grande”:

Y entonces bueno, pues yo esperé. Y en esta espera hice mi duelo. Me despedí, lloré, hice todo lo que tuve que hacer. Y entonces una vez que pues yo ya había hecho mi proceso, pues yo esperaba la regla. Pero claro, no era consciente de que tenía una familia muy grande [ríe] alrededor, que no pensaba lo mismo que yo. Y entonces, a medida que pasaban más días, ellos se iban sintiendo más preocupados. Y como además había experiencia de primas y tal que, claro, se habían hecho ya no sé cuántos legrados, pues no me entendían a mi. Y ahí bueno, pues, hubo algún momento de discusión un poco más seria, ¿no? De decir: es mi vida, es mi cuerpo, es mi familia, y las decisiones las tomamos entre Francisco [su pareja] y yo [Bárbara, 41 años].

La normalización de la gestión clínica, mediante un legrado, la convicción de que se puede generar una infección y de que si el embrión no está en vida se convierte en “algo malo” y, por último, la

tendencia a hacer de los embarazos un argumento de conversación y un objeto de juicios y opiniones, llevaron Bárbara a tener que posicionarse e imponer sus límites. El enfrentamiento fue doloroso, y le supuso defenderse de ataques que, en definitiva, insinuaban su irresponsabilidad.

A continuación se reproducen otros dos extractos, en los que las respuestas a las críticas e insinuaciones de sus parientes muestran también una doble perspectiva, o un cambio de perspectiva, en el que el bebé, una vez que ha tenido lugar la despedida, pasa a ser un sangrado menstrual:

Porque claro, las preguntas eran muy dolorosas. Porque eran: ¿pero bueno, y a qué médico has ido? Y no sé qué. Pues he ido a un ginecólogo, tal. Y como un interrogatorio, como si estuviera [...]. Y recuerdo mi hermana diciendo: ¿pero a qué tipo de médico has ido? Entonces ahí ya exploté, ¿no? Sea, a mi me habían dado la noticia por la mañana, yo estaba destrozada. Y le dije: mira, ¿de qué estás hablando? He ido a un médico que ha estudiado Medicina, que ha hecho el MIR de Ginecología [...] Bueno, no te pongas así, tal. Digo: ¿no me ponga cómo? Si me quieres acompañar, en mi dolor, porque es que estoy sufriendo, me acompañas.

Alejandro [su hijo]: ¿Por qué estabas sufriendo?

B.: Pues porque había perdido un bebé. Que yo me había hecho mucha ilusión, de tenerlo.

Otro momento de conflicto se dio más tarde, con su madre, y es en éste que es posible advertir el giro conceptual en la manera de entender su aborto:

Pero este día, por ejemplo, mi madre dice: pero es que no lo puedo entender, que estés ahí tan tranquila, con esto ahí dentro, ¿no? Y ya cuando dijo esto, pues ya me liberé, ¿no? Dije: bueno, esta es tu historia. O sea, tú piensas que tengo ahí algo que es malo, o que [...]. No sé, Bárbara, ¿es que tienes ahí un bebé muerto! Mamá, es que esto es lo que tu piensas, lo que tu [...] [tono muy calmo, pausado], yo ya me he despedido de mi bebé, yo estoy esperando que me venga la regla. Es que lo veo de otra manera. Yo estoy tranquila, ¿no?

El cambio de sujeto (bebé deseado) a objeto (regla) se produce gracias a una espera vivida como un proceso activo, de elaboración del duelo, y que permite enfrentarse con mayor serenidad a la expulsión de esta cosa que es y no es. Solamente una visión procesual, no estática y monolítica de la persona permite entender la convivencia de elementos contradictorios. Siguiendo a las intuiciones gramscianas (*cf.* cap. 1), transformaciones “moleculares” producen cambios en la percepción de las cosas y, por ende, en las maneras de conceptualizarlas. De esta forma también, como en cierto modo ya sugería Layne (2006), el “producto de la gestación”, en un mismo tiempo de gestación, puede definirse feto, en un aborto provocado, y bebé, cuando se trata de un embarazo deseado. Es más, puede *devenir* feto, o *devenir* bebé en un mismo embarazo, según momentos y necesidades.

La falta de herramientas para hacer frente a una experiencia tan recurrente como es un aborto espontáneo en el primer trimestre de gestación podría resolverse incluyendo este tema en las informaciones proporcionadas a las embarazadas. Como notaba una madre en su valoración del

curso de preparación recibido por comadronas de parto en casa, “saber lo que te está pasando es fundamental”, y no saberlo te hace vulnerable. Pero los cursos de preparación analizados se dan solamente en el último trimestre. Pensar en resolver el abandono a sí mismas, que experimentan muchas mujeres, con el acompañamiento profesional en casa de una matrona o una doula, además, no deja de ser una solución parcial. ¿Quién pagaría este trabajo? Tanto la ampliación de los cursos como los servicios domiciliarios tienen un coste, y el riesgo de reducir los derechos de la persona a opciones de una consumidora está claramente presente. Frente a reclamar a una sanidad pública cada vez más sobrecargada y carente, tal vez sería más fructífero fomentar la circulación de informaciones sobre el epp y sus posibles éxitos indeseados fuera de los circuitos sanitarios y profesionalizados, y desde antes de estar embarazadas. En este sentido, rescatar las funciones de difusión de conocimientos e intercambio de experiencias de los grupos de *self-help* de finales del siglo XX parece primordial. Si las asociaciones de lactancia y en defensa de partos respetados existentes en distintos lugares de la geografía andaluza desempeñan, en parte, este papel, creando espacios de encuentro entre madres, para que se apoyen mutuamente y compartan sus vivencias, sus límites se deben precisamente a estar constituidas casi exclusivamente por madres, que ya han pasado, por tanto, por experiencias de embarazo y de parto. Sería, en cambio, igualmente importante ampliar la difusión de estos conocimientos entre mujeres que no son madres, e incluso incorporar estos temas, tan comunes como ignorados, desde fases más tempranas de la infancia y adolescencia.

Las ventajas del modelo domiciliario, en cualquier caso, no siempre se reflejan en las experiencias particulares de madres y padres, en las que pueden manifestarse contradicciones y límites del propio modelo.

5. Críticas a la asistencia recibida

La práctica de la asistencia domiciliaria evidentemente no es inmune a críticas. A veces, por ejemplo, se señala que los tres meses de preparación en el embarazo no son suficientes para asimilar todas las informaciones proporcionadas en el tipo de formación descrito en el capítulo anterior, y por lo tanto se demostrarían de escasa utilidad para el presente y/o el futuro inmediato de madres y padres. Algunas críticas, muy puntuales, podrían definirse de carácter metodológico, y se refieren a las maneras de proporcionar el seguimiento durante el embarazo. Salvo en un caso, en el que se valora negativamente la escasa estructuración de los cursos de preparación, considerándolos excesivamente caóticos y desorganizados, las demás críticas son relativas a la atención prestada a la

vida e historia personal y familiar de la pareja. Según algunas personas, se debería profundizar más en los aspectos vitales y psicoemocionales, dedicarle más tiempo, para permitir llegar a un conocimiento más hondo y una relación más íntima. Otras, sin embargo, consideran excesivo el número de los encuentros, por estar en un segundo o tercer embarazo, o critican precisamente la tendencia psicologizante de las comadronas, típica de la segunda corriente analizada (*cf.* cap. 4). Cuestionan, por tanto, la idoneidad de escarbar en el pasado de cada una, se niegan a responder a las preguntas por escrito, o perciben como un cuestionamiento personal la pretensión de conocer los aspectos más recónditos de sus vidas. En al menos una ocasión se incide en que durante los encuentros previos al parto “se abren heridas” sin proporcionar las herramientas para sanarlas, coincidiendo con la perspectiva metodológica de aquellas matronas que prefieren evitar análisis demasiados profundos, y limitarse a construir una relación de confianza mutua.

Sin embargo, la mayoría de las quejas conciernen al momento del parto o del posparto inmediato, y deben asociarse con la relación personal establecida con la comadrona, relación que asume enorme importancia en el modelo domiciliario, pero que no necesariamente se valora positivamente. En ningún caso se critica el modelo de asistencia, y todas las madres volverían a parir en casa. Lo que se crítica son, en cambio, las prácticas y actitudes de matronas concretas, que parecen contradecir el propio modelo.

A continuación se analizan, por un lado, las interpretaciones divergentes entre madres y profesionales, que producen incomprensiones, confusión y, en definitiva, vivencias poco satisfactorias de la asistencia recibida. Por otro lado, se insiste en aquellos casos de descontento más profundo, en sus motivos, en las consecuencias que acarrearán y en las maneras de volver (o no) sobre ellos en los encuentros asistenciales posteriores.

Aunque lo más común sean palabras de elogio y profundo agradecimiento para las comadronas, y sus modos de hacer y de estar, las críticas, a veces muy duras, a veces resentidas, permiten formular algunas reflexiones e hipótesis, y dejan abiertos unos cuantos interrogantes, que se presentarán en las conclusiones.

5.1. Interpretaciones divergentes o ¿cuándo inicia un parto?

El principal desacuerdo entre matronas y madres es sin duda el relativo al momento de inicio del parto. La diferente valoración del comienzo del parto hace que se perciba de distinta manera no solamente la duración del mismo, sino también las necesidades de atención y de cuidados.

La definición biomédica, que las comadronas aceptan y comparten, incluye una fase previa, los pródromos o parto que, a pesar de incorporarse a menudo en la primera etapa (la de dilatación), no se considera todavía propiamente trabajo de parto (*cf.* glosario final). Las sugerencias, por tanto,

tal y como se ha señalado en el capítulo anterior, son “hacer vida normal”, o descansar, ya que se han dado algunas señales, pero es imposible saber cuando comenzará la “fase activa”, habitualmente más intensa, dolorosa y cansina. Ahora bien, si algunas mujeres apenas se dan cuenta de esta parte inicial y, efectivamente, siguen con sus actividades, para otras el parto empieza ya con estas primeras contracciones. No consiguen dormir, no tienen ganas de comer, y están totalmente volcadas en las sensaciones que experimentan y que perciben como dolorosas. Para las comadronas no están de parto, para ellas sí.

Por lo general, se utilizan tres criterios para detectar el inicio “verdadero” del parto: el borrado del cuello (acortamiento, adelgazamiento y ablandamiento del cuello uterino), la tipología de contracciones (medidas en intensidad, frecuencia y duración), y el avanzar de la dilatación. Más en concreto, desde un análisis de los relatos, emerge que hasta los tres centímetros de dilatación, y con contracciones irregulares y espaciadas (cada 8-10 minutos), para las matronas es como si el parto no hubiese empezado. Se mantienen en contacto telefónico, van a la casa, revisan, y se van. Su valoración corresponde plenamente al criterio biomédico, su manera de actuar coincide con la que se explica en la preparación. Y, sin embargo, no cuenta con las percepciones, absolutamente subjetivas, de las mujeres. Se da además por sentado que en esta fase se prefiere siempre estar solas, mientras que algunas se sienten básicamente abandonadas. Es como si esta fase quedase fuera de la asistencia o al menos de un tipo de asistencia que se pretende personalizada, al no responder a las necesidades y percepciones variables de las mujeres.

En realidad es bastante común que las madres sientan estar ya de parto y las comadronas les digan que puede que todavía falte mucho tiempo, invitando a la tranquilidad, a llamar más adelante, o yendo para valorar la situación pero sin quedarse. En la mayoría de los casos esta estrategia funciona, y las comadronas vuelven cuando el proceso está ya más avanzado. Pero no siempre es lo que se espera, o se quiere, ni siempre las contracciones de “preparto” se perciben como llevaderas y soportables. La no coincidencia de interpretaciones produce cierto desconcierto y una absoluta disconformidad con la actuación profesional.

Así, Pepa estuvo dos días *creyendo* de estar de parto, contrariamente a lo que sostenían las dos matronas:

Llegó un momento que me dijo: es que tú todavía no estás de parto, estás con los pródromos, estás en preparto, porque hasta que no llegas a tres, pues en realidad esto es [...]. Digo: bueno, pero es que son muchas contracciones, son muy frecuentes. Dice: bueno, pero es que todavía no has llegado [Pepa, 36 años].

Las contracciones se pararon definitivamente al entrar en la piscina, lo que para la comadrona confirmaba que el parto no había empezado todavía. Además, las mediciones de Pablo, el matrón en práctica que se quedó con ella por la noche, no coincidían con las sensaciones experimentadas. Ella

sentía contracciones bastante frecuentes, el matrón contaba una cada diez minutos.

Finalmente, después de la segunda noche sin cambios perceptibles en la dilatación, le propusieron un traslado al hospital:

Me dijo: mira, yo no sé [...], es que tú *crees* que estás de parto, pero tú no estás de parto, y yo: vale. Tú todavía estás en los pródromos, tú por lo que sea estás bloqueada, entonces, ya llevas dos noches sin dormir, dos días sin comer [...] [Pepa, 36 años].

Pepa seguirá intentándolo más tiempo en casa, antes de decidirse a acudir a un hospital. La descripción del proceso vivido en casa es confusa, pero igualmente rica de detalles. Sus estrategias corporales van cambiando, sus palabras son muy parecidas a las utilizadas por otras madres en fases más avanzadas del parto. Pasó de “soportar” el dolor, a “entregarse” a él, llegó a tener alucinaciones, a ver imágenes de animales y de mujeres, y sentía que lo estaba “haciendo bien”. Estuvo sola la mayor parte del tiempo, concentrada y convencida de sí misma. Era lo que quería, centrarse en un trabajo a dos, entre ella y su bebé. No obstante, también necesitaba la presencia silenciosa y tranquilizadora de una persona con más conocimientos y en la que confiaba profundamente. En definitiva, lo que recuerda con amargura y desazón no es tanto la vivencia del parto, sino la falta de acompañamiento. Y la ausencia de la comadrona, sobre todo de la que ella había elegido y contratado para su parto, de la que se esperaba una presencia amorosa, continuada, pero capaz de dejarle su espacio, se debe en gran parte a estas interpretaciones distintas sobre *qué* es estar de parto. La posterior versión consensuada, en una visita sucesiva al nacimiento, será que Pepa no supo pedir lo que realmente necesitaba, y la comadrona se demostró incapaz de comprenderla, admitiendo no haber llegado a conocerla suficientemente.

En último término, las propias interpretaciones de los acontecimientos son las que llevarán a maneras específicas de actuar. No solamente se da un desfase entre visión materna y experta, sino que este desfase tiene importantes consecuencias. Las comadronas consideran inútil y hasta potencialmente dañina su presencia en fases tempranas, pero mujeres que viven estas fases como dolorosas e intensas pueden requerir su presencia y sus consejos antes que otras. No tenerlo en cuenta significa eludir uno de los principios básicos de la asistencia en casa: adaptarse a las necesidades cambiantes y absolutamente personales de las mujeres.

El mismo parto generó interpretaciones divergentes también en relación a los motivos del bloqueo. Para Pepa fue una causa fisiológica (posición de la cabeza del bebé), el matrón hospitalario sugirió que era una persona demasiado racional y no consiguió relajarse suficientemente, la matrona domiciliaria lo achacó a algún motivo emocional, a posibles miedos que no fueron capaces de identificar. Sin embargo, la diversidad de hipótesis, en este caso, no influyó en los modos de la

asistencia, y la propia Pepa no descarta ninguna de ellas, aunque tampoco le preste mayor atención a lo largo de la narración. Son las matronas que la han asistido, tanto en casa como en el hospital las que, en distintas conversaciones, vuelven sobre este parto como sobre un rompecabezas que no saben resolver, formulando distintas conjeturas acerca de los motivos del bloqueo. En su relato, en cambio, lo que destaca, y en lo que incide repetidamente, son los modos de la relación, tanto en un lugar como en otro.

Tal y como se señalará más adelante, esta mujer no quedó satisfecha con la atención recibida en casa por varios motivos. No obstante, las interpretaciones diversas de los tiempos del parto y de la propia noción de parto constituyeron la causa desencadenante, el origen de una serie de actuaciones y comportamientos que, entre otras cosas, la llevaron a llegar agotada al hospital.

5.2. Otros motivos de descontento

Además de los casos de incomprensión, debidos a interpretaciones discordantes, los motivos de descontento pueden encuadrarse en tres bloques principales: no cumplir con las expectativas, reproducir comportamientos habitualmente atribuidos a la atención hospitalaria, y no “conectar con” o “llegar a” las mujeres.

En el primer bloque, la situación más común, y causa de decepción, es no ser atendidas por la matrona elegida. En al menos cuatro del total de casos analizados, encontrarse con una comadrona diferente de la esperada no deja en absoluto indiferentes. Al contrario, es fuente de desilusión, a veces de incomodidad, aunque también se considere en buena parte resoluble con una comunicación más transparente. Aquellas que más tarde conocieron los motivos de la ausencia de “su” matrona o de un cambio respecto a lo acordado (por ejemplo, la sustitución con una persona en lugar que con otra), lo aceptaron y entendieron. Pero no saber que irá otra, o por qué irá otra, aunque sea solamente como segunda matrona, es lo que desorienta y produce cierto malestar:

Y entonces yo me quedé un poco chafada, cuando me enteré que [...] que no venían las dos, porque yo tenía totalmente la idea de que venían las dos [Adela, 36 años].

Conocer no sólo los cambios de planes, sino también sus motivos, parece imprescindible para acogerlos favorablemente:

Y ya pues nada, las dos concluimos que había sido esto ¿no? Una falta de comunicación. También Patricia me explicó los motivos por los que no podía [...] a lo mejor no hubiera podido venir, que era su suegro que estaba muy malo, y a lo mejor se tenían que ir a Barcelona y tal. Pero claro, esto tampoco ella me lo había contado [Adela, 36 años].

En este caso, finalmente pudieron estar las dos matronas esperadas, pero en otros se cuenta con el apoyo de profesionales que no han tenido un seguimiento previo con la pareja. De hecho es una práctica bastante común, cuando se proporciona asistencia en lugares más lejanos, que se colabore con una comadrona que vive más cerca de la familia. Generalmente las madres lo saben con anterioridad, lo aceptan, y no se presenta ningún particular problema, salvo que el expulsivo suele acontecer después de la llegada de la comadrona que se conoce, y en la que se confía. En cambio, cuando se espera el acompañamiento de una(s) persona(s), y llega otra, se recibe con desconcierto, se considera poco correcto y hasta se llega a percibir como un engaño.

Las expectativas hacia las comadronas, además, son generalmente muy altas, aunque no necesariamente se traduzcan en unos mismos requerimientos. Algunas mujeres precisan de una presencia constante, se esperan apoyos y consejos; otras no quieren ver a nadie, prefieren no sentirse observadas, perciben como agresivos acercamientos e intervenciones que otras piden, se quejan de las sugerencias de cambios posturales, porque interrumpen y entorpecen *su* trabajo.

Le pregunto a Juana qué quiere decir con que intervinieron más de lo que ella quería:

Bueno, ella me corrigió la postura [...] mmm, ¿me corrigió? a ver [...], cuando yo estaba tendida, como haciendo mi trabajo, haciendo mis contracciones, tendida, yo sé que si me pongo en vertical va a caer más, va a caer por su propio peso, pero a mi me apetecía estar tendida. *Si me apetece estar tendida es porque necesito estar tendida.* Esto lo quería yo vivir. Pero allí había una persona que me dijo: tú sabes que en vertical va a ir más rápido, ¿no? Y entonces me entró el miedo, de que fuera lento, de que me doliese, de que [...]. Yo no estaba en esto, no estaba en este miedo. Solamente esta intervención me sacó de lo que yo estaba haciendo, no pude vivir lo que yo quería [Juana, 41 años].

En el fondo, seguir los impulsos corporales correspondería justamente a lo que sugieren las comadronas a lo largo de la gestación, y que evidentemente puede también entrar en contradicción con aquellas condiciones que se reconocen como más beneficiosas para la fisiología del parto. Implica, por tanto, como ya reconocían algunas comadronas hace unas décadas, la posibilidad del desacuerdo (*cf.* cap. 2). Aquí, sobre todo, las indicaciones no solamente no eran requeridas, tanto que Juana repite en varias ocasiones que quería estar sola, sino que se reprochan como intervenciones indebidas y generadoras de preocupaciones y miedos.

En otros partos, sin embargo, como el de Pepa presentado en el apartado anterior, se echa en falta precisamente un apoyo más continuado, y más activo, enfocado a sugerir y corregir:

O sea perdimos mucho tiempo, muchas horas de contracciones y aguantar dolor y aguantar sufrimiento, fueron para nada, porque estábamos ahí que no estábamos haciendo ni lo correcto, estábamos sentados, cuando a lo mejor si hubiera estado Francisca, hubiera dicho: levántate, anda [Emilio, 37 años].

La dificultad de mantener un equilibrio entre aspectos que, llevados a su extremo, pueden convertirse en otra cosa, es evidente. Se trataría de no dirigir, pero aportar consejos, reconociendo, además, cuando son requeridos y cuando no; no compadecer pero comprender emocionalmente; no invadir pero participar en una relación afectiva. Si las expectativas relativas al contenido de la asistencia, a las prácticas concretas y a la presencia/ausencia de la comadrona pueden variar, lo que ciertamente no cambia es aquella relativa a los *modos* de la asistencia. Se espera un acompañamiento afectuoso, atento, sensible, cariñoso, como de alguien que se conoce y aprecia, comparado al de una madre, de un familiar, de una amiga. Pero a veces no es exactamente lo que se percibe:

El acompañamiento de la matrona y de la doula, para mí, dejó bastante que desear. *Yo no sentí ningún acompañamiento.* [...] A ver, que en teoría estaba muy bien ¿no? porque debo parir yo sola ¿no? [...] Pero tampoco, en el momento ya después del parto, cuando ya sale la placenta, no sentí nada [...] de esto que tú esperas que sea diferente, o sea de esta parte cariñosa, afectuosa, que esperas de una matrona. De una partera ¿no? Que sea una [...] ma-tro-na, madre, ¿no? en este sentido. Yo no sentí nada. Fue como un trabajo técnico, vengo, trabajo y me voy. Y aquí hemos acabado. Yo supongo que tiene mucho que ver que la mujer había estado sin dormir toda la noche antes, porque esta mañana había parido alguien. Pero, claro [...] [Lola, 41 años].

La confianza depositada en las comadronas, y la importancia que se atribuye a su apoyo y a su presencia es tal que llega a sentar mal hasta que se acuesten por turno, aunque también, *a posteriori*, se hable de ello riendo, y sin saber reconocer los motivos de una molestia sentida desde lo más hondo, y difícil de explicar.

Las relaciones madre-matrona y padre-matrona son sin lugar a dudas “relaciones exigentes”, en las que la inversión emocional es elevada, y se espera recibir exactamente lo que se desea y necesita. Si es cierto que a menudo el actuar cercano y comprensivo de estas figuras supera las expectativas, también hay veces que sus modos no responden a los esperados, o incluso resultan del todo inesperados, no coincidiendo con las características programáticas del modelo domiciliario. Es así que nos adentramos en el segundo de los bloques mencionados, en el que se incluyen aquellos comportamientos que se atribuyen habitualmente a un entorno hospitalario, y que por lo tanto se supone no encontrar en casa. Tonos tajantes, modos autoritarios, lenguaje incomprensible, actuaciones demasiado rápidas, falta de tacto, formas estandarizadas aparecen también en algunos relatos de parto en casa. Si el espacio de la casa proporciona elementos que lo distinguen ineludiblemente de un entorno hospitalario, parte fundamental de la asistencia depende, tanto en un lugar como en otro, de personas concretas y del tipo de relación que se establece. En el domicilio, además, la unicidad de la relación implica que una o dos personas, las que se encargan de la asistencia, puedan influir enormemente en su desarrollo, y cobren mayor o menor importancia a la

hora de recordar las sensaciones experimentadas.

En particular, en dos casos, la asistencia dejó mucho que desear, siendo descrita con palabras bastante duras. En uno de ellos la matrona llegó más tarde de lo esperado, cansada por haber asistido ya otro parto y no haber dormido, y sin su habitual pareja, que este día estaba de viaje. En otro, precisamente las subrayadas interpretaciones discordantes sobre el inicio del parto produjeron una presencia discontinua de la profesional de referencia, que se describe directamente como ausencia. En ambos casos, se consideran determinados comportamientos del todo inoportunos, poco adecuados o directamente fríos y rutinarios.

En el primero, ya mencionado más arriba, se describe la asistencia como muy técnica, para nada cálida, hasta brusca en algunos momentos, “tipo hospital”. Se expresa, además, cierta desaprobación frente al “cuchichear” de la comadrona y de la doula sobre la posible necesidad de un traslado. Para Lola, la directa interesada, tendrían que haber salido de la habitación, porque podría haber tenido consecuencias negativas en el avanzar del parto (“esto a mi no me influyó, pero me podía haber influido”). Pero tal vez una de las críticas más llamativas es la que dirige a la asistencia recibida en su catastrófico posparto (*cf. supra*, epígrafe 3):

Entonces [...] *técnicamente yo lo sabía todo*, pero cuando di a luz, yo dormía con mi hijo, yo no soltaba a mi hijo nunca, y tenía la teta puesta toodo el día. Pero el día tres mi hijo se puso a llorar, como un looco, 24 horas. Entonces yo no sabía qué pasaba, sea yo no sabía ni dónde estábamos. Y yo decía: si yo duermo con él, si yo hago colecho, hago porteo, y le pongo la teta a demanda, ¿por qué leche llora? Si esto es lo que dicen los libros la ecuación por la cual el niño no llora. Claro, hay cosas que los libros no dicen [ríe] [Lola, 41 años].

Las dos comadronas se demostraron incapaces de proporcionarle un apoyo adecuado y efectivo, porque, simple y llanamente, “no las entendía”. Su lenguaje le resultó difícil de comprender porque se inscribía en un plano conceptual que ella no manejaba, utilizaba palabras que no entendía, se servía de metáforas que no le servían. La sugerencia de escribir a su “niña interior”, por ejemplo, que es una técnica terapéutica para trabajar los traumas pasados ligados al periodo de la infancia, y que otras madres mencionan como inicio de un camino de autoconocimiento, a ella no solamente no le sirvió en absoluto, sino que no le sirvió porque no sabía de qué le estaban hablando. En distintos momentos, Lola insiste en la incapacidad de comprender los términos utilizados por las comadronas, haciendo hincapié en la necesidad de traducción:

Me decían: no, siéntate, le escribe a tu niña interior [...], yo no sabía lo que era esto, yo no sabía lo que me estaban diciendo.

[...]

Yo no entendía absolutamente nada, como si me hablarán en japonés. [...]

Yo no entendía nada, nada de nada. Claro, por esto mi hijo lloraba, porque yo no estaba. Pero esto lo entiendo ahora.

[...]

No, no me sentí apoyada. No me sentí comprendida para nada. Nadie supo hablarme a mi nivel, a que

yo entendiera, a ver que es que no estaba entendiendo, entonces a *traducirmelo*.

[...]

Ellas me hablaban [...], claro, pero ellas sólo me hablaban en lo emocional. Entonces yo necesitaba una *traducción*, porque yo en aquel momento esto no lo entendía. [...] ¿Me entiendes lo que te digo? [Lola, 41 años].

Lola no es la única a no saber interpretarse en “clave emocional”, pero sí es la única que habla de una incomprensión absoluta, y no únicamente de una dificultad de aplicar los consejos recibidos. Es cierto que no todas están acostumbradas a un tipo de análisis introspectivo, que ahonda en emociones y sensaciones¹⁹. Para algunas, además, como para Lola, decidir parir en casa representó el inicio de una serie de cuestionamientos en distintos campos de su vida, precisamente a partir de la preparación y los encuentros previos con las comadronas. Hay quien, como Victoria, habla de una serie de “guantazos” o de un “abridero de libro”, o, como Antonia, de haberse hecho “más alternativa en su vida en general”. Para Lola, sin embargo, fue demasiado en demasiado poco tiempo. Se refiere a ello como a una “indigestión”, que empezó a elaborar y aprovechar solamente tiempo después, generando algunos importantes cambios en la manera de ocuparse de su salud, en la alimentación, en la crianza y educación de su hijo.

Las críticas de Lola sugieren al menos dos posibles mejoras en la asistencia domiciliaria: que las comadronas no pueden trabajar en grupos tan reducidos y arriesgarse a llegar cansadas a un parto; y que, sobre todo, deberían asegurarse siempre que sus interlocutoras comparten y entienden el lenguaje que utilizan. La discreta variabilidad de perfiles de mujeres que optan por un parto en casa hace que algunas estén muy acostumbradas a trabajar con sus cuerpos y a hablar de lo que sienten y experimentan a distintos niveles, mientras que para otras representa una absoluta novedad. No tenerlo en cuenta equivale a servirse de tecnicismos, sin traducirlos en palabras comunes y comprensibles. Si las comadronas demuestran ser hábiles traductoras de términos biomédicos, también sería oportuno encontrar estrategias para que el “lenguaje de las emociones” pueda realmente llegar a todas. Para ello sería imprescindible, entre otras cosas, evitar o saber explicar aquellos términos técnicos provenientes de otras medicinas o terapias, que pueden resultar igual o más desconocidos del lenguaje obstétrico.

Finalmente, algunas de las críticas se refieren a una falta de calidez en la asistencia que retorna en el segundo de los casos mencionados. Para Pepa y Emilio la decepción fue grande. Se sintieron “solos y desamparados”, atacados por una serie de preguntas que pretendían desbloquear la situación, molestos por algunos comentarios y por no recibir la visita del día siguiente, asustados porque la

¹⁹ Así, por ejemplo, una de las mujeres señala su incapacidad de contestar a las preguntas de las matronas, de definir lo que le estaba pasando, de “mirarse” e “interpretarse” a un nivel emocional y sensitivo. Se identifica como “una persona para fuera” más que “para dentro”, y recuerda la dificultad de probar las sensaciones de apertura sugeridas por la comadrona: “¿notas cómo te abres?, o notas [...], y entonces yo notar no notaba, pero dije debe ser que me estoy [...], esto debe ser que me estoy abriendo” [Antonia, 40 años].

comadrona les puso en alerta telefónicamente sobre la importancia de que el bebé empezase a mamar y a orinar (“tenía que mear, que si no había meado, que tenía que mamar, que tenía que mamar. Y nos puso un poco así soliviantados”). A la presencia discontinua de la matrona principal se acompañan otras quejas sobre un *modus operandi* que no hizo otra cosa que aumentar la sensación de soledad y abandono. En primer lugar, el trato se describe como distante y poco cariñoso, incapaz de reconocer la importancia, la trascendencia que tenían para Pepa aquellos momentos (“para mi todo era muy trascendental, y para ella era como: ¿bueno, qué tal? ¿cómo estás? venga, que si no tengo que ir a firmar una hipoteca”). “Un poco industrial”, “era una más, un parto más”, “nada personalizado” son algunas de las expresiones empleadas. En segundo lugar, se considera del todo inoportuna e insensible la estrategia utilizada para “desbloquear” el proceso, en el momento en que Pepa decidió seguir en casa, a pesar de las evidentes dificultades. La técnica empleada, consistente en sacar a colación posibles cuestiones que la inquietasen, o miedos que pudiesen estar originando un bloqueo, se compara a una “batería”, “una artillería pesada”, un lanzar un golpe después de otro sin atinar y, sobre todo, sin pensar en los efectos adversos que podía producir:

Tengo miedo a todo: miedo al dolor, miedo a ser madre, miedo a no querer dejar [...], posesión de no querer dejar salir al niño, [...] eso, mi pareja, mi madre, en fin.

En suma, Pepa se sintió atacada, aturdida y algo incómoda, después de haberse sentido sola durante dos días.

En tercer lugar, achaca parte de las dificultades a una falta de comunicación, a su incapacidad de verbalizar lo que necesitaba, pero también a sus respectivos temperamentos, el de la matrona firme y seguro de sí, el suyo tímido y reservado, empeñado en no molestar. Su pareja también insistirá en este punto, subrayando que no todas las personas son igualmente propensas a expresar claramente y exigir lo que quieren. Por último, conectado con la dificultad del diálogo, está, evidentemente, el escaso conocimiento personal, el no haber conseguido establecer una relación de confianza previamente (“no llegó a conocernos”, “no nos caló”).

De este modo, se entra en el tercero y último de los bloques mencionados al principio, referido precisamente a aquellas situaciones en las que no se ha conseguido conocer suficientemente a la madre y a la pareja, con el objetivo de poder saber cómo actuar, qué pueden necesitar, qué podría funcionar para ayudarles. Se trata, como hemos visto, de saber situarse en el lugar de las otras personas para poder proporcionar el apoyo que se necesita, y sin que estas necesidades se expresen verbalmente. Para asistir en casa se estima de gran importancia llegar a “conectar”, “sintonizar”, empatizar con las parejas y, en primer lugar, con las mujeres de parto. Pero las propias comadronas

admiten que no lo consiguen con todas. Y en efecto las mismas profesionales para las que se usan palabras de elogio, con las que algunas establecen vínculos afectivos de larga duración, que se definen “maestras”, “amigas”, “sabias”, que se siguen considerando figuras a las que acudir en momentos críticos, mucho después del parto, y para las que se habla de encuentros “pelotazo” o de “enamoramamiento”, son también las que producen decepción e insatisfacción, y que se tildan de frías y distantes.

En último término, es justamente la falta de empatía, la incapacidad de meterse en el lugar de la otra, la que parece constituir la base sobre la que se construye el descontento en la asistencia domiciliaria, cuyos motivos, en resumidas cuentas, aunque diferenciados, están claramente interconectados los unos a los otros.

Conclusiones y cuestiones abiertas

Muchas veces, incluso muchas feministas y lesbianas más radicales, caen en la tentación de creer que finalmente, en el fondo, nuestra situación descansa sobre una base biológica: la famosa “diferencia de los sexos”, la capacidad que algunas tenemos de embarazarnos y parir las siguientes generaciones. Uno de los elementos que nos lleva a esta creencia es la famosa teoría “sexo/género”, que muchas hemos aprendido, y hartas veces enseñado, en decenas de talleres: detrás del género, que es social, queda lo biológico, que no deja de ser natural [...]

Y nos deja con una esperanza simple: lo femenino, que siempre ha sido oprimido, un buen día tomará su revancha (aunque no sepamos muy bien como, pero es de sobra conocido que algún día, por operación divina, “los primeros serán los últimos”).

(Curiel y Falquet 2005: 1)

Se ha procurado, y sin conseguir siempre rehuir a la densidad y la redundancia, analizar la asistencia domiciliaria al parto en modos capaces de reflejar su complejidad, indagando en su historia, sus relaciones con la atención hospitalaria, sus principios y característica programáticas, sus diferencias internas, sus prácticas, y sus contradicciones. Los resultados desbordan con creces las preguntas iniciales que guiaban el proyecto. Retomando las hipótesis iniciales, podemos concluir que éstas estarían plenamente confirmadas, aunque con necesarios matices.

En particular, la variabilidad interna al modelo domiciliario implica una relación diferenciada con el aparato biomédico (y no solamente una no oposición a las tecnologías biomédicas, tal y como se suponía); con otros saberes médicos, de los que se utilizan selectivamente algunas técnicas y/o que se retoman para sostener las conexiones entre diversas dimensiones, dentro de una visión holística de la salud; y, sobre todo, con los significados políticos del parto en casa, que sólo una parte de las comadronas andaluzas reconoce y defiende, en continuidad con los (re)inicios del parto en casa en el Estado español. Hallamos, por tanto, un panorama particularmente intrincado, que hemos pretendido restituir en la escritura y que nos proponemos sintetizar en este apartado conclusivo, reconociendo, no obstante, haber dejado abiertas algunas cuestiones.

Así, los problemas que plantean determinados enfoques sobre las maneras de ocuparse de los cuidados infantiles han sido solamente esbozados, por su vinculación (parcial) con el parto en casa,

y por las propuestas que se generan en las discusiones entre madres, padres y matronas para resolverlos o, al menos, hacerlos más llevaderos. Se trata, por tanto, de un fleco pendiente, de una cuestión dejada abierta para eventuales futuras investigaciones, ya que excedía en gran parte el periodo tomado en cuenta para este proyecto, y los objetivos del mismo.

Asimismo, podría examinarse más detenidamente la puesta en práctica, o sus intentos, de la idea de construir redes de apoyo mutuo para la crianza, sugerida en algunos casos por las comadronas y expresada a menudo desde el embarazo, y que bosqueja las posibilidades de una socialización de los cuidados infantiles fuera del marco familiar, estatal o de pago. Podría ser de cierto interés, además, centrarse en elementos concretos, como son las percepciones y representaciones de las pruebas más controvertidas del “control del embarazo”; o en situaciones específicas, como los traslados, que emergen como momento de posible contacto entre modelos de atención. Seguir cómo se producen, de qué manera se gestionan, y cómo se reciben podría revelarse de extraordinaria importancia para dar impulso a un auténtico e imprescindible diálogo.

Finalmente, aparece con cierta fuerza un desconocimiento generalizado no sólo del embarazo, del parto y del posparto, particularmente evidente en las clases de preparación, sino de otras facetas de la vida reproductiva de las mujeres. En particular, los abortos espontáneos y las pérdidas neonatales parecen constituir un verdadero tabú, dejando desprovistas de medios a cuantas pasan por ellos. Tener un/a hijo/a, y también perderlo/a, sobre todo en el primer trimestre del embarazo, no son experiencias excepcionales. Forman parte de la vida, como enfermarse, y como morir. Dar cuenta de ellas solamente en términos biomédicos no puede que empobrecerlas. La escasez de trabajos antropológicos sobre un tema en el que está en juego la propia definición de ser humano, es también, sin lugar a dudas, una potente invitación a profundizar en él (Cecil 1996).

La multiplicidad y diversidad de “flecos pendientes”, que por otra parte toda investigación deja detrás de sí, se debe a que, a lo largo del propio proceso de investigación, se ha ido *dilatando* y *complicando* a un tiempo el objeto de estudio, por los problemas que planteaba afrontar un tipo de asistencia que se presenta como “otra” con respecto a la hospitalaria, pero al mismo tiempo, muestra una profunda articulación con ésta, no limitada al uso compartido de determinadas técnicas. Y que nace en respuesta a reivindicaciones de grupos de mujeres feministas y/o que luchaban por la no violencia, pero plantea ciertos problemas al aplicar un análisis feminista a sus argumentos y representaciones. En la actualidad, además, la asistencia domiciliaria queda en gran parte fuera del ámbito reivindicativo de las que podrían constituir grupos de presión a nivel institucional: asociaciones de matronas y asociaciones de usuarias. Permanece, de esta forma, en la esfera privada, no solamente porque no es un servicio público, sino porque se caracteriza por una escasa o nula visibilidad como práctica social, quedando recluida en los términos de la excepcionalidad. Se trataba de mostrar, pues,

cómo el reducido peso del parto en casa en términos numéricos, o sea su marginalidad a nivel cuantitativo, acababa confundiendo con su historia de marginalización social y biomédicamente producida.

A pesar de su escaso impacto en la población y de su exigua presencia en el debate público, parir en casa es un tema que, como en otros lugares (Spencer Freeze 2010, Craven 2005), genera periódicas controversias y polarizaciones entre distintos actores. Las polémicas, que aparecen en las noticias de prensa sin variantes significativas a lo largo de varias décadas, están organizadas en torno a unos pocos reiterados núcleos argumentales, que se nutren de una base retórica común. La intención original era, precisamente, la de someter a escrutinio la realidad social del parto en casa que se esconde detrás de una espesa cortina de estereotipos, a cuya difusión contribuyen cabalmente los medios de comunicación. Al mismo tiempo, se pretendía buscar la procedencia y los motivos de estas imágenes estereotipadas en el contexto societario de referencia y en las ideologías que marcan el tipo de asistencia considerado válido, rastreando sus raíces en procesos históricos de construcción del conocimiento legítimo.

Ilustrar esta historia ha significado trazar los pasos fundamentales por los que las comadronas/matronas/parteras, aquellas mujeres que, con diferentes nombres y cierta variabilidad de conocimientos y funciones, se encargaban de atender a las parturientas en sus domicilios hasta bien entrado el siglo XX, han sido paulatinamente arrinconadas con el desarrollo de la ciencia obstétrica. El control ejercido por instituciones religiosas y médicas, a partir del siglo XVI, y, más tarde, la subordinación a otros especialistas, han venido a diseñar unos cambios profundos en su rol y en su hacer. El establecimiento de contenidos diferenciales en las enseñanzas dirigidas a matronas y a cirujanos/practicantes; las prohibiciones de determinadas actuaciones clínicas; y la definición legal como auxiliares del médico establecerán un locus específico y una posición subalterna para la matrona “de la Institución”. Al mismo tiempo, la creación de una categoría profesional definida originará también una distancia insalvable con quién no tiene acceso a la formación reglada y, sin embargo, sigue asistiendo gran cantidad de partos, al menos hasta principios del siglo pasado. Las acusaciones de intrusismo detectadas en distintos documentos, así, se han hecho añicos, mostrándose del todo inoportunas, bajo una lectura escrupulosa de las (a veces escasas) fuentes disponibles.

Acudir a los análisis feministas en historia social nos ha permitido identificar las raíces de la marginalización del parto en casa precisamente en el proceso de afirmación del sistema biomédico, cuya búsqueda de legitimidad ha pasado por la expropiación y desvalorización de otros saberes. Es sin embargo un proceso lento, en el que la reputación y el poder social de muchas parteras inicialmente parece no haberse visto particularmente afectado, dando lugar a diferentes estrategias de defensa y contraataque. Solamente la alianza de la “obstetricia moderna” con los poderes estatales produce un

cambio sustancial de escenario. En el Estado español no se apunta a erradicar las parteras, como ha acontecido en otros contextos, sino a incluirlas en el sistema sanitario, estableciendo unos criterios precisos para ello. Así, si la difusión de manuales redactados por médicos y dirigidos a parteras, en los siglos XVI y XVII, había sido más bien escasa; y la formación organizada por los Colegios de cirugía en el siglo XVIII había tenido un impacto reducido, dándose en muy pocos centros en todo el país; en cambio la reglamentación de la formación a nivel estatal, a partir de la reforma educativa de Moyano (1857), tendrá un peso considerable.

La Ley Moyano, aunque al principio influyó negativamente en el número de matronas tituladas, al establecer unos criterios de acceso a las escuelas muy estrictos para el nivel educativo de las mujeres de la época, marcó el inicio de una serie de disposiciones que acrecentaron el control sobre la formación y las funciones de estas profesionales. A la vez, su contratación pública, inicialmente limitada a puestos en instituciones de beneficencia, tuvo una repercusión sin precedentes con la creación del Seguro de Maternidad (1929) y del Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942). Lo que sin duda representó una garantía de trabajo e ingresos, también contribuyó a restringir de manera incontrovertible su espacio de actuación, impidiendo el trabajo autónomo y supeditando su actividad a la dirección médica. La institucionalización de la formación y la incorporación al sistema nacional de salud, por tanto, lejos de representar una conquista indiscutible y plena en la esfera educativa y laboral, ha ido en detrimento del protagonismo y de la independencia de las comadronas en la atención perinatal, cuestión que raramente mencionan las matronas contemporáneas en sus textos y manuales. Al contrario, la reglamentación se presenta en modo compacto como un evidente progreso, adoptando incluso expresiones difamatorias hacia aquellas “hermanas de profesión” que seguían quedando fuera de los límites impuestos por las normativas educativas y laborales.

En todo caso, no es sino con la difusión de las maternidades hospitalarias, cuando se asienta la figura de la matrona con formación biomédica y, simultáneamente, debido en gran parte a la propia organización de estos espacios, la subordinación al personal médico deviene más efectiva y consolidada. Así, las que, a finales de los 70 y principios de los 80, empezaron a atender partos en casa tuvieron que lidiar con su propia historia profesional, para recobrar, aunque fuera parcialmente, y sin apenas referentes dentro de los confines estatales, una autonomía que les había sido negada. Y también tuvieron que hacer frente a los discursos de condena dirigidos hacia esta práctica, cuyo argumento central era (y sigue siendo) la seguridad alcanzada en términos de vidas salvadas, gracias al manejo hospitalario del parto/nacimiento.

A lo largo del texto, hemos subrayado en distintos momentos el uso de la mortalidad como potente recurso retórico, antes para desacreditar a las parteras, en el marco de una importancia creciente de la población como entidad político-económica, más tarde para descartar la casa como lugar posiblemente válido para un parto; y cuestionado puntualmente la fundamentación de estos discursos. Lo que resulta

extremamente cambiante es la manera en la que se ha usado este recurso retórico, según contexto y objetivos, y es sin duda novedoso el papel que asume la “humanización” de los hospitales para sostener la definitiva inutilidad del parto en casa. Parir en casa se presenta, en este sentido, como algo superfluo, además de arriesgado, ya que los hospitales *ya* ofrecen *todas* las ventajas de un ambiente casero. Si en hospital se está como en casa, y además se evitan las incomodidades y riesgos de un eventual traslado, ¿por qué seguir empeñándose con esto de la casa?

En el terreno de la asistencia al epp, mucho se juega precisamente en el plano discursivo, de las distintas representaciones del cuerpo, de la sexualidad, del propio proceso reproductivo, de la salud y de la vida. Es por lo tanto fundamental visibilizar la batalla retórica que se libra alrededor del parto. La atención obstétrica, en definitiva, puede interpretarse, y se ha interpretado, como un campo conflictivo en el que intervienen múltiples actores y se enfrentan diversas corrientes teóricas. Los actuales cambios institucionales en la atención al parto, la presencia de nuevas figuras como las doulas, las distintas definiciones de unos mismos términos por parte de sociedades ginecológicas, asociaciones de matronas u organizaciones de defensa de los derechos de las usuarias conforman el contexto general de la asistencia, en el que se inserta el parto en casa en Andalucía, quien lo asiste y quien lo elige. Estas cuestiones hacen que los modos de la asistencia a lo largo del epp puedan variar considerablemente, siendo común entre las mujeres entrevistadas vincular con el azar o con la suerte la satisfacción con la atención recibida.

Lejos de representar una “guerra galáctica” contra la biomedicina como emblema del “mal” (Estroff 1988), analizar el parto en casa deviene un pretexto para evidenciar los límites del modelo hospitalario, sin por ello negar su utilidad. La relación entre personas particulares, que a veces también ocupan ambos espacios, el hospital y la casa, deja efectivamente intuir los beneficios de una colaboración. La formación biomédica de las comadronas y el servirse de conocimientos y técnicas obstétricas comunes impide pensar en un enfrentamiento absoluto entre modos de la atención. Al mismo tiempo, y para ellas, tomar las distancias de la práctica hospitalaria, no sin cierta virulencia, ha sido imprescindible, especialmente en una fase inicial, de construcción de criterios comunes y narrativas compartidas.

En cualquier caso, si las relaciones se dan en la cotidianidad de la asistencia a las mujeres, y en los frecuentes dobles empleos de las matronas, el diálogo igualitario *entre modelos* implicaría una apertura sistemática de la estructura sanitaria hacia modalidades minoritarias y que se encuentran en una posición de clara subordinación. Esto último dependería de una voluntad política, capaz de incidir en aspectos organizativos y presupuestarios, más que de coyunturas particulares y casos individuales de cooperación. Sin embargo, el interés institucional por la generación de cambios respecto a una situación de hiperintervencionismo demostrado, y a favor de un enfoque humanístico o fisiológico, si bien necesaria, no parece haber dado lugar a una “reconciliación mutua” (Davis-

Floyd y Sargent 1996) entre modelos hospitalario y domiciliario.

Es más, si la promoción institucional de un enfoque fisiológico podría, en cierta medida, contribuir a una mayor “aceptabilidad” del parto en casa, también, como se ha visto, posibilita afirmar su absoluta inutilidad. No obstante, lejos de poder pensarse como posible sustitutiva del parto en casa, la corriente humanística se caracteriza por un aprovechamiento selectivo y reduccionista de las aportaciones del parto en casa a la asistencia al epp, que no socava en ningún momento la prioridad definitoria biomédica. El procedimiento selectivo, tanto de las asociaciones y personas que participan en documentos e iniciativas públicas como de los argumentos considerados válidos, tiene evidentes implicaciones. Lo que queda desoído y, por tanto, desaprovechado es, en gran medida, lo que elabora una línea más politizada del parto en casa, cuyas relaciones con los inicios activistas y feministas de esta modalidad de asistencia en el Estado se manifiestan de distintas maneras. A ella se ha dedicado un espacio significativo en el texto, por representar un ejemplo inmejorable de impulso a la crítica y a la reflexión, y elaborar contribuciones que revolucionan por completo los enfoques de la atención institucional, sean estos humanísticos o tecnocráticos.

Las principales características de la atención domiciliaria, así, han sido descritas como elementos definitorios de un modelo específico, que permiten distinguirlo del otro modelo existente y con el que inevitablemente se compara. Pero estos elementos comunes no dan pie a una uniformidad interna. Al contrario, se han subrayado importantes diferencias, asignándolas a dos macrotendencias, aunque con la precaución de especificar que no existe una correspondencia plena entre grupos/personas que se dedican a la asistencia en casa Andalucía, y las dos corrientes identificadas.

Recapitulando, en la segunda de ellas, la asistencia domiciliaria rompe profundamente con la hospitalaria, a través de un seguimiento en el embarazo muy diferente en tiempos, características, prioridades o temas tratados; un cuestionamiento activo de algunos criterios biomédicos comúnmente aceptados, y, más en general, de la visión biomédica de la salud; el planteamiento de la inconciliabilidad de trabajos (en hospital y en casa); un uso rupturista y creativo del lenguaje; el empleo de discursos que prefieren prescindir de la “evidencia científica”, aunque su uso no se excluya, entre otras cosas, por fines tácticos; la admisión de otros saberes dentro de su campo profesional, e incluso la contribución activa a la difusión de conocimientos especializados. Dentro de esta corriente, la visión del epp está claramente asociada a una visión política de la salud y de la vida, es decir, a un cuestionamiento constante de lo establecido, y a un actuar cotidiano transformativo, en el que una pluralidad de dimensiones emergen como absolutamente indisociables.

En la otra tendencia, en cambio, la asistencia domiciliaria, aunque estructuralmente diferente de la

hospitalaria, parece separarse muy poco de algunos planteamientos biomédicos. No se cuestiona el “control del embarazo” ni los protocolos previstos para recién nacidos, no se profundiza especialmente en el conocimiento previo al parto, se aceptan en gran parte los criterios incluidos en las guías de práctica clínica hospitalaria, criticando aquellas prácticas obsoletas, no sostenidas por la última evidencia científica. Dentro de esta corriente, de hecho, el discurso de la evidencia representa la principal razón de sustento de sus prácticas, prevaleciendo sobre cualquier otro motivo discursivo. Desde esta perspectiva, se reproduce, al menos en parte, de manera acrítica el lenguaje hospitalario, no se considera “esquizofrénico” trabajar simultáneamente en hospital y en casa, y se propone una visión del epp centrada fundamentalmente en su desarrollo fisiológico, que el entorno familiar y casero parecen favorecer. No se relaciona, por tanto, el epp a dimensiones más amplias, ni se avanza una crítica político-económica, sino dirigida a la práctica sanitaria común. En esta línea, no solamente se defiende el papel de las matronas, sino que se avala un sistema de conocimientos organizado según pautas que se dan por sentadas y se consideran inamovibles. Y esto a pesar de que se haga hincapié en algunas significativas limitaciones de la formación académica. Así, el contexto del aprendizaje y el reconocimiento de la capacitación sólo puede ser el establecido, aunque podrían y deberían cambiarse algunos contenidos. La afirmación de la necesidad de “desaprender” para poder asistir en casa no da paso, por tanto, a la admisión de otras modalidades formativas.

Es decir, todas las matronas que atienden partos domiciliarios ven necesaria una reforma de la atención hospitalaria, habiendo estado o estando implicadas en ella de distintas maneras, y todas utilizan el “discurso de la evidencia”, y se refieren a menudo a recomendaciones de organismos internacionales para justificar la validez del modelo domiciliario. No obstante, y es lo que se ha intentado mostrar, algunas van más allá del “humanizar el parto sacándolo del hospital”, una perspectiva que utiliza Marsden Wagner, que fue delegado de salud materno infantil de la OMS para Europa, al definir esta opción de asistencia como “una importante estrategia para humanizar el nacimiento” (Wagner 2001a: S33). La diferencia estriba, entre otras cosas, en el uso que se hace del discurso de la evidencia científica, un uso constante y preponderante en algunos casos, principalmente estratégico en otros.

Asimismo, una visión de la salud más integral, que invita a interpretaciones complejas de los procesos de salud-enfermedad, si bien se puede identificar en las palabras de casi todas las comadronas, a veces no referidas a la asistencia, sino a su manera de cuidarse y curarse, solamente dentro de una corriente particular se fomenta explícitamente, a través de un seguimiento del epp radicalmente distinto del que se brinda a nivel sanitario institucional. En los cursos de preparación que se ofrecen dentro de esta corriente, la maternidad (y paternidad) es politizada de forma consciente y activa, mediante reflexiones que pueden encontrar aplicación también fuera de este

periodo vital. Los encuentros prenatales se delinearán como un lugar privilegiado de puesta en duda y desmontaje de creencias y prácticas sociales mayoritarias, y de construcción procesual, colaborativa y a veces dificultosa de alternativas. Para las parejas asistentes representan un espacio excelente para conocer personas que han tomado decisiones afines y que están atravesando fases similares, además de un lugar de resolución de dudas y problemas concretos. Las comadronas forman parte del grupo, se exponen de igual manera, contando su propia experiencia, sus conflictos como madres o sus sensaciones como profesionales, pero desempeñan también un importante papel coordinador y de transmisión de conocimientos. Son las “expertas” reconocidas por las/los demás, las que manejan mayores y más variadas informaciones, las que dinamizan el debate, y cuyo carisma es, por otra parte, innegable. Se ha subrayado su rol primordial en producir cuestionamientos y resignificaciones, proporcionar herramientas para la autonomía, y guiar hacia autodiagnósticos, respuestas complejas y soluciones colectivas. Por un lado, la inevitable mención a y explicación de las prácticas biomédicas en el epp hace que éstas sean criticadas, reinterpretadas, rechazadas, o usadas en modos selectivos. Por otro, al lado de una crítica a una determinada visión de la salud, se generan otras, que parten de ésta para alcanzar otras dimensiones, y que comienzan del epp para extenderse a la vida entera. En particular, los ritmos más lentos en el embarazo y la visibilización de vulnerabilidades e interdependencias, a través del posparto, pueden dar lugar a un repensamiento de los tiempos de la vida cotidiana, y a una creación de vínculos interpersonales entre madres o entre madres y padres. De igual modo, presentar el parto en términos de fuerza, de intensidad, de energía, de poder, de misterio, de aprendizaje, sirve a tomar las distancias de una imagen de dolor y sufrimiento, y a incidir en la *capacidad* de las mujeres para parir. Con ello, se refuerza la idea de un saber corporal al que se puede recurrir *siempre*, con tal de aprender a “escuchar el cuerpo”, y confiar en él. Se construye, por tanto, una seguridad y una autonomía que parte de lo más material y sólido de una misma, para extenderse potencialmente a otras esferas. Finalmente, al promover un espacio de contestación y de construcción, se demuestra también no temer cierta indefinición. A quien se espera respuestas claras y concluyentes, se responde con posibilidades y con la referencia a una visión de la salud que huye de todo mecanicismo. Quien insiste con la causalidad biológica se encuentra con la invitación a ver en la enfermedad un mensaje a decodificar. A quien busca certezas, se replica sembrando dudas. Nunca se ofrece una única causa, un único motivo, un único objetivo. Y, en última instancia, solamente la persona directamente afectada por un problema podrá interpretarlo debidamente.

Se puede, entonces, renunciar a la noción de maternidad, prescindiendo así de su carga histórica, como sugiere Brigitte Vasallo (*cf.* cap. 4), o resignificarla, reapropiándose del parto, y a través de cambios mínimos en la cotidianidad, experimentaciones y redistribuciones de las tareas

“maternales”. Es esta última la opción que se traza tanto en los materiales relativos a los inicios del parto en casa como en los cursos de preparación analizados.

En un contexto caracterizado por el desconocimiento generalizado de estos procesos corporales comunes y relegados a un ámbito experto especializado y fraccionado, poder vivirlos se convierte en un privilegio, y asume una indiscutible trascendencia. Parir en casa va necesariamente más allá del propio acto del parto, quedando marcado en los modos de hacer frente a otras situaciones, en la seguridad, la autoestima, la confianza en las propias capacidades. Es de esta manera, al menos, que lo entienden las comadronas en la preparación, y es cómo se representa en gran parte de los relatos maternos. En éstos se supera la división neta entre racional e irracional, haciéndose manifiesto lo que señalaba Braidotti (2004), que la racionalidad no constituye la totalidad de la razón, y la razón no abarca a la totalidad de la capacidad humana de pensar. Así, en los partos en casa se toma consciencia de una subjetividad corporal cuya relevancia deviene más acentuada precisamente si, después de haberla experimentado, se reconoce y deja actuar en otras situaciones vitales, cediendo espacio a un expresarse posiblemente contrario a teorías y modelos impuestos. Es, además, posible asociar el parto en casa con una serie de posicionamientos críticos respecto a la gestión de la salud en general, a los modelos de crianza y educación vigentes o a la excesiva importancia socialmente atribuida a las actividades remuneradas. Y es justamente en los cursos que se conecta explícita y continuamente con estas otras cuestiones y con diversas facetas vitales. La intención de la formación en el embarazo sería pues, siguiendo las palabras de una comadrona, la de “abrir una ventana y después mil puertas”.

Parir, por tanto, queda lejos de ser considerado un acto mecánico y siempre igual, de un útero que se contrae, un cuello que se dilata y un bebé que baja por un canal, haciéndose manifiestas las influencias de múltiples factores (histórico-culturales, familiares, ambientales, psicológicos, emocionales). Podemos sostener que, en cierto modo, se devuelve contenido a la maternidad, admitiendo una pluralidad de dimensiones. El parto no es aséptico, limpio, indoloro, asocial, la madre ya no es “esta cosa abstracta”, privada de subjetividad y de agencia política. Es más, no sólo se admite lo sexual y corporal (gemidos, gritos, fluidos, sangre, heces, sonidos variados no se niegan ni se suavizan), lo emocional y espiritual, la importancia de las relaciones, de la presencia y del apoyo de otras personas, sino que, al dejar confluír todos estos aspectos, se facilita la producción de críticas y de cambios. En esto último está el potencial político del parto en casa, en la generación de cambios en la vida cotidiana y en las relaciones intersubjetivas, en su poder transformativo que no concierne solamente al individuo sino a las formas de subjetividad e intersubjetividad de más amplios segmentos. O, retomando una vez más a Braidotti (2003), en la producción de “micromodificaciones” potencialmente revolucionarias:

Devenir significa destruir las estructuras de dominio a través de revisitaciones, reajustes, microtransformaciones cautas y pacientes. Una larga práctica para las transformaciones menudas, a través de infinitas repeticiones, remplazará la ilusión de un camino principal hacia la revolución o de un único punto de resistencia [...] (*id.*: 141)¹.

En resumidas cuentas, los principales logros del parto en casa son la proposición fáctica de la *autonomía* y la afirmación simultánea y complementaria de la importancia de los *aspectos relacionales* en los procesos vitales.

Parir en casa se configura, en muchos sentidos, como una “toma de poder”. No se pide ni se reivindica, simplemente se hace. La participación activa es indispensable, no accesorio. El deseo de asumir plenamente la responsabilidad de ésta como de todas las fases de la vida, de negarse a delegarla a especialistas y expertos, de compartirla con quienes realmente apetece, de reapropiarse, pues, de aspectos fundamentales como las decisiones sobre el propio cuerpo, la salud, la vida, la muerte, constituyen los motivos fundacionales del (re)surgimiento de la atención domiciliaria en los años 80. Los modos no clínicos (o sólo parcialmente clínicos) de vivir las experiencias reproductivas son de por sí desmontajes de una normatividad que encorseta, a través de procedimientos médico-administrativos específicos y rutinarios la vida entera de las mujeres, a partir precisamente de una atención excesiva y exclusiva hacia sus aparatos reproductores. Permitirse atravesar por los procesos de epp, o incluso de embarazo y de aborto, concediéndoles su espacio y su tiempo, constituye una experiencia de autodeterminación, que fortalece y que transforma. Y es así que se describe.

Este hacerse cargo de una misma no es sinónimo de, ni debe confundirse con una total independencia individual. Parfraseando a Bartoli y Falteri (1983: 53), si en la “medicina popular” era necesario “estar en paz con todo el mundo para poder parir sin complicaciones, para curarse, incluso para morir”², en el modelo domiciliario *importan* una serie de aspectos ausentes en una gestión tecnificada, y que son principalmente relacionales. Es en el encuentro asistencial que se va construyendo el proceso mismo del parto, entre las personas presentes, y de manera aún más evidente si se intenta prescindir de lo protocolario y sistemático. Mariella Pandolfi (2003) señalaba la paradoja de una sociedad en la que se matan a “seres humanos”, entendiendo con ello la importancia de los aspectos relacionales para las personas, y se protegen a “seres vivientes”, garantizando su supervivencia biológica. Aquí, en cambio, lo que interesa y se cuida es la humanidad, la subjetividad plena, tanto de quien nace como de quienes participan en el nacimiento. La centralidad de las relaciones, entre madre, padre y bebé, con familiares y/o otras personas

¹ “Divenire vuol dire distruggere le strutture di dominio attraverso rivisitazioni, riaggiustamenti, microcambiamenti cauti e pazienti. Un lungo apprendistato alle trasformazioni minute, attraverso infinite ripetizioni, rimpiazzerà l'illusione di una strada maestra alla rivoluzione o di un singolo punto di resistenza”.

² “Essere in pace con tutti per poter partorire senza complicazioni, per guarire, anche per morire”.

significativas, con las comadronas y con el entorno social más amplio se manifiesta también *antes* y, sobre todo, *después* del momento de dar a luz. Podríamos decir, tal y como se subraya en el análisis de los cursos de preparación, que en el embarazo se vislumbra aquella necesidad de los y las otras, que se confirma en el parto y que en el posparto deviene innegable.

No obstante, junto con lo señalado y más allá de la formulación de propuestas concretas de mejora, emergen algunas cuestiones insoslayables que llevan a reflexionar sobre límites no necesariamente superables de la atención domiciliaria. En primer lugar, parece fundamental que se genere cierta sintonía entre profesionales y personas atendidas, pero “conectar” con otras personas no es ni automático ni dirigido, es decir, no se puede obligar. En segundo lugar, la importancia atribuida a la relación personal con la matrona parece desembocar fácilmente en una creación de dependencia, fuertemente ligada a una excesiva idealización de su persona y a una recepción algo rígida de sus palabras. En tercer y último lugar, los casos de descontentos permiten identificar posibles desfases entre la teoría y la praxis, los discursos y la práctica cotidiana de la asistencia. Formas bruscas, autoritarias, rutinarias, aunque residuales en los relatos, sugieren dificultades sistémicas, ligadas a un contexto social más que a un modelo obstétrico. Veamos con más detalles estas tres cuestiones.

En el modelo de asistencia analizado, la capacidad de adaptarse a personas y contextos, de empatizar con las madres, de saber qué puede ayudar sin mediar palabras es enormemente valorada. De ello depende, en gran parte, que el acompañamiento responda a las expectativas y el proceso se desarrolle en modos satisfactorios, sin importar que sean más fluidos o más dificultosos, más largos o más lentos. Ahora bien, si es cierto que diferentes medidas pueden favorecer o mejorar el conocimiento mutuo, como aumentar el número de visitas cuando sea necesario, empezar con anterioridad la preparación y los encuentros en el embarazo o fomentar la comunicación, también hay elementos sobre los que no es aplicable ninguna modificación. Y es que el encuentro asistencial se da entre personas con sus preferencias, sus caracteres, sus personalidades, sus maneras de ver el mundo. Cuando ha sido posible elegir entre dos o más matronas, cada una ha optado por la que sentía más cercana, o más afín, o con la que se sentía más a gusto. Si se admite que la personalización de la asistencia es un elemento fundamental para el proceso de parto en sí, entonces poder elegir con quién estar deviene indispensable. La elección de la matrona, y su aceptación de seguir el epp de una madre, sin embargo, sólo sería posible con un aumento del número de profesionales que asisten en casa. El boca a boca y la entrevista previa, instrumentos que ya demuestran ser muy eficaces para acceder a las comadronas domiciliarias, permitirían una selección previa y mutua. De esta manera, también se podría remediar el rechazo de algunas parejas hacia los métodos y técnicas utilizadas por determinadas comadronas en el embarazo. En particular, las

opiniones discordantes sobre la necesidad e importancia de profundizar en aspectos emocionales y en las historias personales podrían solucionarse dirigiéndose a matronas que utilizan unas u otras metodologías (cf. cap. 4). De otro modo, negarse, por ejemplo, a afrontar argumentos que para algunas constituyen una *conditio sine qua non* para la asistencia produce un conflicto entre necesidades opuestas, que ciertamente no beneficia el desarrollo del proceso de atención. Lo ideal, por tanto, sería poder elegir no solamente con qué profesional parir, sino también a qué equipo dirigirse, pudiendo conocer con antelación el tipo de formación y de seguimiento proporcionados. Aún así, nos encontraríamos con algunos interrogantes abiertos. Un aumento del número de matronas y equipos profesionales que se dedican a la asistencia en casa ampliaría sin duda las posibilidades de elección, pero equivaldría también a una multiplicación de la oferta en un mercado que no se caracteriza precisamente por su transparencia. El crecimiento exponencial de cursos para embarazadas muy diversos, ofrecidos por un amplio abanico de profesionales, y de contenido muy poco claro o muy prometedor, asegurando soluciones milagrosas inmediatas, como en el caso de *coaching* parto presentado en la *Introducción*, pueden ser representativos de los problemas intrínsecos a un incremento incontrolado de las opciones de servicio. La cobertura pública de los costes de la asistencia domiciliaria podría solucionar estos inconvenientes, contribuyendo a reducir su marginalización y previniendo además el inevitable elitismo de la atención privada. Quedaría abierto, en todo caso, el problema de cómo preservar la elevada autonomía conseguida por las comadronas fuera de su tradicional ámbito de trabajo, la sanidad pública, y no desvirtuar un modelo que se caracteriza por su apertura y elasticidad, y que difícilmente podría amoldarse a unos criterios estandarizados. De hecho, precisamente a través de las críticas, se confirmaría la irreductibilidad de la asistencia en casa a procedimientos protocolarios, y la importancia de personalizarla, hasta el punto de que una matrona no es intercambiable por otra, aunque forme parte de un mismo equipo y tenga modos parecidos.

Por otra parte, la centralidad de LA comadrona, una e insustituible, y en la que se deposita confianza ciega, supone algunas trabas. Es evidente que se puede reproducir el mismo patrón de excesiva dependencia de la figura experta que se pretende evitar. La gran relevancia atribuida a lo que dicen y hacen las matronas corre el peligro de ocultar que las que paren son siempre las mujeres, volviendo a encomendar a otras personas la responsabilidad de un proceso corporal intransferible y que se decide vivir en casa asumiéndolo como propio. Se asiste, además, a una tremenda idealización de estas profesionales, a las que se representa como figuras heroicas, que no necesitan dormir, que saben siempre qué hacer, que no tienen vida personal ni están condicionadas por las habituales circunstancias humanas. Algunas de ellas, conscientes de estos riesgos, no pierden ocasión para subrayar su vulnerabilidad, afirmar que también se equivocan, y visibilizar que son humanas. Pero reconocer verbalmente no poseer ninguna verdad no evita otros mecanismos, que

pueden igualmente dar lugar a una investidura de poder y de prestigio. En este sentido, los modos afirmativos y siempre muy seguros de sí contrastan con la admisión de fragilidad y de ignorancia, incrementando esta imagen de invencibilidad y capacidades aumentadas. El indiscutible carisma de algunas comadronas contribuye ciertamente a su idealización, acrecienta las expectativas y lleva a tomar por verdades absolutas sus enunciados, tal y como reconocen abiertamente algunas madres:

Y de repente creer que esto era la verdad verdadera absoluta, que ellas eran [...] como diosas, que tenían toda la razón. Y entonces venir de una cosa, irme a otra que era totalmente nueva para mi, y no encontrarme yo en ningún sitio [Lola, 41 años].

Así, si desilusionan las elevadas expectativas depositadas en ellas, las comadronas también pasan de ser “diosas” o “doñas perfectas”, como señalaba otra madre, a ser “lo peor”, describiéndose su hacer con atributos muy despectivos. Efectivamente, o se utilizan elogios casi adulatorios, o palabras reprobatorias muy duras, sin posibilidad de términos medios.

La dificultad de romper con roles y jerarquías, por último, no es solamente materna (o paterna). Madres y padres exigen una guía, buscan la claridad y la definición de las respuestas expertas, y, a veces, se acogen a lo que dicen las matronas como a artículos de fe; la brusquedad y las formas autoritarias denunciadas por algunas parejas constituyen el reverso de la moneda. Si las comadronas domiciliarias tratan de evitar todo dirigismo, y acompañar a las mujeres en sus elecciones, necesidades y deseos, modos tajantes o respuestas unidireccionales no cumplen, evidentemente, con estos objetivos. La horizontalidad, por tanto, se delinea más como algo a lo que tender, como un ejercicio precario del que los cursos de preparación representan espléndidos ejemplos, siendo continuamente amenazada por un reconocimiento de autoridad que puede convertirse en autoritarismo. Lo complicado de construir relaciones igualitarias y, además, empáticas, en contextos sociales en los que se promueve el individualismo y se educa en la especialización de los saberes, deviene flagrante en los casos de descontento. Lo que nos sugieren es precisamente la facilidad de reproducir aquellas relaciones de poder de la que se pretende librarse, y la necesidad de estar en alerta constante, y desde ambos lados de la atención, el que la recibe y el que la presta. No responsabilizar exclusivamente a la matrona de los éxitos del proceso de epp o interpretar sus consejos como sentencias inapelables necesita, por tanto, ir acompañado por un especial cuidado hacia las formas de la asistencia. De hecho, en un modelo en el que la relación personal es de fundamental importancia, los modos de hablar, de estar, de hacer se demuestran igual o más relevantes que los propios conocimientos y habilidades técnicas. Hacer que las diferencias de saber no se conviertan en diferenciales de poder constituye, por tanto, un esfuerzo constante más que un objetivo definitivamente conseguido.

El parto en casa, finalmente, actúa dentro de un marco sociocultural y político económico específico, y no fuera de él. Cuestiona activamente algunos de sus principios y valores, pero también muestra lo difícil, sino imposible, que es prescindir del todo de ellos. Así, la presencia de elementos rutinarios, aunque se trate de “otras” rutinas, si bien contradice los discursos de las comadronas, por otra parte, más que un rastro de la formación biomédica, como parecen sugerir algunas madres, podría considerarse parte consustancial de casi cualquier profesión. ¿Es posible evitar del todo la rutina en una ocupación que, aunque apasione y se valore como algo que va más allá de un empleo, no deja de ser un trabajo repetido a lo largo de los años, y además un trabajo que conlleva cierta sobrecarga, en términos de horarios, dedicación, responsabilidad o presión social? En definitiva, se puede sostener que los límites de la asistencia domiciliaria en realidad confirman la importancia de los elementos que en *teoría* la definen. Indican, igualmente, que su construcción es inacabada y continua, punteada de obstáculos y no inmune de equívocos.

Por último, a partir de la perspectiva de análisis empleada, y a pesar de los límites señalados, nos parece de cierta relevancia afirmar que las principales conquistas del parto en casa son conquistas feministas, fundamental aunque no únicamente porque responden a la llamada feminista de desvelar las relaciones de poder y reducir los diferenciales de poder. Lo que se impulsa son, en última instancia, prácticas *tendencialmente* horizontales y dialógicas, ofreciendo las condiciones de posibilidad para actuar como sujetos activos y capaces, y para que los cuerpos, entendidos como unidades no sólo biológicas, se expresen. En la segunda corriente, además, en línea con los inicios del parto en casa, se proponen reflexiones y modos de actuar cuyos vínculos con los planteamientos feministas son evidentes, aunque escasamente explicitados.

Con todo, las interconexiones entre feminismo y parto en casa, evidentes tanto en sus inicios, en la propia elaboración de discursos y en las prácticas relacionadas con los talleres de “autoconsciencia corporal” y con los grupos de mujeres y salud, como en la corriente más politizada del modelo domiciliario, se demuestran al mismo tiempo altamente ambiguas. Las dificultades de insertar la práctica del parto en casa dentro de las luchas e iniciativas feministas emerge ya en los años 70 y 80. Así, en los “relatos de inicio” de las matronas que participaron en esta fase del parto en casa, se admite, junto con unos orígenes y unas razones feministas, la dificultad de ser reconocidas como feministas por otras feministas:

[...] yo me siento privilegiada en esto, de haber estado en los inicios de un movimiento feminista que como te decía antes el tema de la maternidad era como algo intocable, y de hecho nos criticaban muchísimo, al pequeñísimo colectivo que éramos nosotras. Yo siempre digo que yo estaba siempre en tierra de nadie, ¿no? Vamos yo y creo que alguna demás de mis colegas, pero yo me sentía entre las

feministas me miraban de reojo porque no me consideraban *feminista digamos ortodoxa* [...] [Isabel, 57 años].

La maternidad se ha revelado una especie de punto ciego del feminismo, entre quienes la exaltaban, quienes la consideraban fuente de todo mal y quienes preferían ignorarla. Pero ha mostrado ser también un insustituible lugar de confrontación. El parto en casa, desde su posición marginal, podría representar un inmejorable compendio de los debates feministas sobre las opciones de maternidad, pero también un punto de partida para que se produzcan nuevas reflexiones. Las polémicas que siguen generando algunas opciones en el epp y en la crianza sugieren la necesidad y la urgencia de retomar y someter a debate estos temas, que sin duda podrían sacar provecho de una revisión de las producciones feministas en antropología y en los grupos que, a finales del siglo XX, centraban su trabajo en la salud de las mujeres.

Rescatar sus propuestas nos ha parecido importante, en primer lugar por su escaso conocimiento, que quedaría confirmado por algunos análisis antropológicos sobre la asistencia obstétrica en el Estado español. Así, en una ponencia en un simposio sobre maternidades y paternidades del último Congreso AIBR, se sostenía que las feministas de los años 70 lucharon por la conquista del “parto sin dolor” (la epidural, en este caso), defendiendo que la aparición de un discurso alternativo sobre el placer y el poder en el parto sería más reciente (Cardús 2016³). En el segundo capítulo, en cambio, hemos trazado el recorrido del parto en casa en el Estado español, relacionando sus inicios precisamente con las reivindicaciones y las luchas feministas, dando cuenta de su heterogeneidad, de los intentos de superar las divisiones, y de la presencia de discursos y prácticas que pretendían precisamente fomentar experiencias de maternidad más placenteras y más autónomas. Si podemos coincidir con otras autoras sobre la prioridad concedida por el movimiento feminista a aspectos ajenos al epp, en un contexto en el que urgía desmarcarse de una visión de la maternidad como dimensión definitoria para las mujeres, y conseguir ser reconocidas como “sujetos de derecho”, precisamente el parto en casa ofrece una perspectiva interesante para conseguir una visión menos parcial o más inclusiva. Así, si es cierto que existían otras prioridades políticas, y que además, en el ámbito de la salud, gran parte de los esfuerzos del movimiento feminista en el Estado español se centraron en la difusión de la anticoncepción y en la despenalización del aborto (cf. Ferreira 2008), también hay que reconocer que coexistieron distintos motivos de lucha.

El parto en casa no es exclusivamente una reacción a los excesos tecnomédicos de la época, sino que se inserta en el cuadro de movimientos sociales para los que era necesario combatir toda forma de opresión y de dominación. Es, por ello, un intento de construir otras relaciones en el epp, un intento que une a profesionales y mujeres “de a pie” en grupos de preparación a lo largo del embarazo. Proyectos como la clínica Los Naranjos y luego el Centro Adriano de Sevilla o el

³ Comunicación en Congreso, “La transmisión intergeneracional del miedo a parir: narrativas y prácticas”.

colectivo de salud Acuario, en la Comunidad Valenciana, practicaban tanto abortos (en un momento en que eran ilegales) como partos no violentos, en centros o domicilios particulares, compartían una visión de la salud basada en la autonomía y la autogestión, se servían de prácticas feministas como los talleres de autoconocimiento, y unían personas “profanas” y profesionales de la biomedicina. Asimismo, las reflexiones elaboradas hace algunas décadas por un grupo como DAIA, *Dones per l'autoconeixement i l'anticoncepció*, presentadas en el segundo capítulo, proporcionan claves para lecturas complejas capaces de evitar simplismos y superar fracturas, mostrando, entre otras cosas, la variabilidad de las posturas feministas de aquel periodo. Las palabras de DAIA no solamente irrumpen de su propia experiencia, algo que el feminismo reconoce como válida fuente de conocimiento y de lucha, sino que dan prueba de gran capacidad de autocrítica, tomando distancia tanto de una negación de la maternidad como de su idealización. En lugar de verla como un “mito al que adorar u odiar”, parten de constatar su realidad empírica, tratándola como posibilidad que en efecto ya se ha convertido en hecho para varias de ellas. Lo que proponen se dirige hacia dos sentidos. Por un lado, se trataría de retomar control sobre todo proceso reproductivo, planteando la indisolubilidad entre las decisiones sobre el *si* y el *cuándo* de la concepción, y el *cómo* de su puesta en acto. El parto en casa deviene entonces una “contestación *radical*”, no sólo, o no tanto, por la drástica reducción de intervenciones, sino por el sustancial cambio de papeles entre quien asiste y asesora, en modos respetuosos y discretos, y quien es asistida, y toma las riendas del proceso. Por otro lado, se reflexiona sobre el periodo posterior al nacimiento, proponiendo una socialización de los cuidados infantiles como medida central para que la maternidad no se convierta en sacrificio obligado. Ambas cuestiones no parece que hayan perdido vigencia.

Recuperar estas contribuciones, reconstruir la genealogía olvidada del parto en casa, permite también poner en crisis, incluso derribar las conclusiones un poco apresuradas de algunas conocidas autoras feministas. Elisabeth Badinter (2011), por ejemplo, liquida el parto en casa definiéndolo como una moda que fracasó, y se sirve de un tono sarcástico para ningunear a las que lo eligen. Al contrario, además de parecer una tendencia en aumento, de ninguna manera puede reducirse, ni en los años 70 y 80 ni ahora, exclusivamente a una exaltación ideológica de lo “natural” y de lo “salvaje”, como ella lo etiqueta (*id.*). Si aportaciones como la de Badinter no contribuyen en absoluto a una discusión fructífera, truncándola con la burla y con la banalización aplicadas a toda práctica que no comparte (entre ellas también la lactancia materna o el rechazo de la píldora como método anticonceptivo), es posible recorrer otros caminos, haciendo emerger las tensiones entre distintos núcleos argumentales. Es lo que se ha pretendido hacer a lo largo del texto. Y es precisamente desde un punto de vista teórico-argumental donde se presentan los mayores problemas.

Los discursos sobre el “parto natural” han ido cambiando ampliamente, según épocas y contextos, y reflejando ideologías y convicciones personales de distintos autores. Atribuir escaso peso a los aparatos tecnológicos no siempre ha supuesto también un menor protagonismo de las figuras expertas, ni ha implicado necesariamente prestar atención a las experiencias de las mujeres. Proponemos retomar unas antiguas declaraciones de la Santa Sede para corroborar una vez más, y de manera categórica, las implicaciones políticas de los sentidos atribuidos a determinadas prácticas obstétricas, no solamente desde la biomedicina.

La Iglesia católica se declaraba, en 1956, a favor de la psicoprofilaxis obstétrica, del “parto sin dolor” conseguido sin el auxilio de fármacos o de una hipnosis profunda que entorpeciera la relación entre madre e hijo, *solamente* para evitar el sufrimiento de ella. En un discurso pronunciado el 8 de enero de ese año⁴, Pio XII proclamaba la aceptabilidad de esta práctica, agregando tres puntualizaciones. En primer lugar, la “obstetricia cristiana” [?] debía ofrecer exclusivamente métodos “naturales” para aliviar el dolor materno. En segundo lugar, no había que considerar el sufrimiento algo negativo, ya que, al contrario, llega a ser “ser una fuente de bien si lo soporta con Dios y por obedecer a su voluntad”. En tercer y último lugar, añadía unas palabras tranquilizadoras sobre la procedencia de estos métodos, sosteniendo que aceptar una técnica no implicaba de ninguna manera asimilar las posturas “materialistas” (léase comunistas) propias de su contexto de origen. Consuelo Ruiz utilizó precisamente estas declaraciones para apoyar, en plena dictadura, la difusión de un método de origen ruso, que, según cuenta, encontró cierta oposición en el entorno médico-obstétrico madrileño (Ruiz 2009).

Asimismo, en el repaso de las posturas teóricas de algunos/as referentes, “padres y madres del parto natural”, se ha evidenciado cómo parir en casa puede haber sido defendido desde perspectivas claramente conservadoras, destacando los puntos de mayor fricción con respecto a los planteamientos feministas, que recapitulamos a continuación. Grantly Dick-Read, el celebre padre del “parto sin dolor”, se proponía devolver las mujeres a la “sagrada llamada” de la maternidad, a su esfera “natural” y a su deber social. Ferdinand Lamaze, uno de los iniciadores de la “psicoprofilaxis obstétrica”, se servía de métodos conductistas, en los que la figura médica seguía estando en el centro, dirigiendo un entrenamiento para el control del dolor. Frédérick Leboyer, el que acuñó la expresión de “nacimiento sin violencia” y representó una fuente inspiradora para muchas comadronas, focalizaba su atención exclusivamente en el recién nacido, so pretexto de una supuesta “batalla ya ganada en favor de la madre”. La propia Consuelo Ruiz, considerada una maestra por las matronas de parto en casa, defendía la existencia de diferencias esencializadas entre hombres y mujeres, la complementariedad de los sexos, y posturas antiabortistas. Sheila Kitzinger, antropóloga y gran defensora del parto en casa, en la elaboración de su “método psicosexual”, identificaba en la maternidad la experiencia cumbre en la vida

⁴ http://w2.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1956/documents/hf_p-xii_spe_19560108_parto-indolore.html

de las mujeres, además de dirigirse exclusivamente a parejas de clase media, heterosexuales y casadas. Michel Odent, autor popular de numerosos textos divulgativos sobre embarazo y parto, sostenía, y sigue sosteniendo que en un parto los aspectos “mamíferos”, animales, instintivos, hormonales son los que verdaderamente cuentan, y que por lo tanto sería conveniente que las mujeres no se informen excesivamente antes de dar a luz. En sus últimos escritos, además, se muestra firmemente convencido de que la Ciencia, como autoridad única e uniforme, y ya no las mujeres y los colectivos de matronas, como en cambio afirmaba anteriormente, será impulsora de cambios imparables en la forma de nacer, dando también lugar a un salto evolutivo en la humanidad.

El feminismo nos ha enseñado a sospechar de la neutralidad científica de cualquier ciencia, a dinamitar la noción de naturaleza como opuesta a cultura y asociada a las mujeres, a reconocer los motivos históricos y políticos que han estado detrás de una atención exclusiva y excesiva hacia el recién nacido, de teorías sobre la complementariedad de los sexos, o de la exaltación de la maternidad como dimensión constitutiva para las mujeres. Las comadronas, por su parte, en documentos de archivo, en entrevistas, conversaciones informales o en los propios cursos de preparación, se sirven sólo parcialmente, y en la medida en que lo consideran útil, de las elaboraciones teóricas de algunos/as de los/as autores/as mencionados. Sin embargo, también emplean motivos y conceptos que han suscitado no pocas tensiones y gran cantidad de discusiones internas a la producción teórica feminista, como el de patriarcado, el de una supuesta naturaleza femenina, el de una igualmente supuesta cercanía de las mujeres con la fertilidad y con la tierra, el de una “edad de oro” de matriarcado, el de principios diferenciados masculino-femenino.

Dentro de la enorme variabilidad de discursos producidos desde el parto en casa, tres cuestiones parecen particularmente problemáticas desde un punto de vista antropológico feminista: la visión esencialista de las mujeres que se desprende de algunas afirmaciones; el protagonismo más o menos acentuado de quien nace; y la creencia en un cambio progresivo y positivo en la humanidad. Así, algunas comadronas, por ejemplo, consideran las perspectivas ecofeministas las más apropiadas para acercarse al tema del parto en casa, y participan en el autodenominado “movimiento jacalostral”, que se origina a partir de unos cursos de verano sobre maternidades celebrados en Jaca desde 2004, y que puede considerarse una expresión activista de estas posturas. Se trata del mismo núcleo asociativo que ha contribuido a las reformas sanitarias en el Estado español, y cuyos principales argumentos han sido problematizados precisamente a la hora de dar cuenta de las relaciones entre enfoques emergentes en la atención obstétrica institucional, feminismo y parto en casa. Otras utilizan implícitamente estas lentes interpretativas, recurriendo a una manida “mística de identificación de la Mujer con la Tierra” (Laugier *et. al.* 2015). Los deslices esencialistas, que también aparecen en la producción de algunas autoras

ecofeministas (*cf.* Shiva y Mies 1997 [1993]⁵), son bastante comunes.

A propósito del esencialismo, Curiel y Falquet (2005) afirman, con palabras directas e irónicas, que no deja de ser una trampa, una espina en el costado del movimiento feminista (y lésbico), un medio a veces útil para movilizarse pero que no produce transformaciones profundas, manteniendo inalterado el sistema social y, si acaso, aspirando a invertir las posiciones de poder y de acceso a los recursos. Así empieza su *Introducción* a una traducción al castellano de textos de sociólogas y antropólogas feministas materialistas francesas (Curiel y Falquet 2005: 1):

De Sur a Norte y de Este a Oeste, un espectro recorre nuestro movimiento feminista y lésbico: el esencialismo.

Y más adelante añaden (*id.*: 2):

Naturalismo, esencialismo, identidad femenina o lésbica: vienen a lo mismo, son trampas, y aunque a veces nos sean útiles para la movilización y hayan hecho correr mucha tinta, a la larga solo entorpecen nuestro camino. Porque el único horizonte que nos dejan es el de “voltear la tortilla” o, más probablemente, de obtener una tajada más grande del pastel (y entonces ¿a quién le quitaremos?). Esto NO es lo que queremos. Lo que queremos es otro pastel, un chingo de tortillas, ¡pero de las buenas!

Igualmente, la esperanza en una “revancha femenina” se tilda de ilusión ingenua, sin ninguna base en la realidad social y, sobre todo, sin ninguna perspectiva de generar cambios estructurales y duraderos. Tal y como sugiere una lectura de autoras como Paola Tabet, Nicole-Claude Mathieu o Colette Guillaumin, deberíamos entonces preguntarnos sobre la idoneidad de utilizar argumentos naturalistas o esencialistas para justificar o defender algunas prácticas, o para reafirmar algunas decisiones. Cabe preguntarse, por tanto, si para sexualizar, socializar y politizar las experiencias de epp es necesario recurrir a viejos relatos de los orígenes, hablar de “capacidades naturales”, o llegar a afirmar que en el parto residiría la expresión máxima de la identidad y del poder de las mujeres.

Los problemas que conlleva aplicar una doble lógica a hombres y mujeres, siendo estas últimas siempre “más naturales”, han sido analizados en numerosos estudios feministas. En el caso que nos atañe, se ha subrayado, por ejemplo, a la hora de dar cuenta de las campañas difamatorias contra las parteras, la producción de textos científicos sobre la diferencia sexual entre hombres y mujeres, su difusión en el siglo XVIII, y su uso para defender el ascenso de los obstetras en la asistencia. Las parteras, al ser mujeres, se habrían encontrado más cerca de la naturaleza, habrían sido demasiado irracionales y emotivas, y, por lo tanto, no solamente no aptas para ocuparse de los nacimientos, en un momento en que éstos asumían una importancia renovada, sino incapacitadas para el debate y

⁵ Estas autoras han debido defenderse, en efecto, de acusaciones de esencialismo por la facilidad de algunas asociaciones, como por ejemplo la de una aparente causalidad entre maternidad y defensa de la paz y del medioambiente, que se desprende en más de un caso de sus escritos. Las críticas parecen haber generado un interesante pensamiento, más contextualizado e historizado, de sus propias tesis.

para participar en la esfera pública, en la que anteriormente habían mantenido un papel significativo. Atribuir una base biológica a estas posturas, vinculando la supuesta irracionalidad a los cuerpos de las mujeres y a sus aparatos reproductores, las hacía también incontestables.

Guillaumin, haciendo un guiño a Orwell, afirmaba que “todos los animales son naturales, pero algunos son más naturales que otros” (1978: 13), señalando los efectos perjudiciales en la vida de las mujeres de la atribución de tareas “naturales” o “instintivas”. Subrayaba, por tanto, las consecuencias políticas de servirse del “discurso de la naturaleza” que, independientemente de su finalidad, acaba manteniendo a las mujeres *fuera* de las relaciones sociales reales, por sus implicaciones de cierre, de inmovilidad, de repetición, de ausencia de cambio. Asimismo, Mathieu (1991 [1977]) insistía precisamente en el uso de la maternidad, de la evidencia biológica de la reproducción, para arrojar a las mujeres y solamente a ellas en un estado de naturaleza, imposibilitando, por tanto, cualquier tipo de análisis. En definitiva, que algunas sociedades puedan apoyarse en las diferencias anatómicas y fisiológicas entre sexos, ligadas a la reproducción, para *crear* desigualdades sociales, no debe llevar a pensar que la causa de las desigualdades esté *en* las diferencias biológicas (Mathieu 1991 [1973]). Ahora bien, el mismo razonamiento se puede aplicar a quienes utilizan las diferencias de sexo relativas a la reproducción para ensalzar unas presuntas virtudes o capacidades universales femeninas, o defender la existencia de unas hipotéticas “culturas de las mujeres”.

Los inconvenientes que suponen los discursos esencialistas, se recurra a un “instinto primordial” o a su versión científica neuro-hormonal, así como los discursos que inciden en una historia imaginaria, sea ésta referida a un pasado mítico o a un futuro fantaseado son, en última instancia, los mismos. Y son los mismos precisamente porque en ambos casos se produce una desvinculación de las mujeres de la realidad social. Su repetición, con algunas variantes a lo largo de los años, probablemente se debe, siguiendo a Curiel y Falquet (2005), a su atractivo, a su función aliviadora y tranquilizadora. Pero también, como subrayan autoras que analizan la “retórica del instinto” en el campo de la lactancia materna y del activismo pro lactancia (Ausona 2016⁶, Massó 2015 a), y como también ocurre en el parto en casa, hablar de lo natural, lo espontáneo, lo instintivo/intuitivo puede tener importantes funciones estratégicas, legitimando y facilitando modos de actuar muy diversos, y restituyendo a las mujeres la confianza en sus cuerpos y en sus capacidades, después de siglos de consejos expertos. Se ha evidenciado, además, la elasticidad de la categoría de “intuición” en el capítulo 4, al describir una “razón intuitiva”, a un tiempo innata y aprendida. Reconocer una “sabiduría innata”, por tanto, convive con la afirmación de la importancia de informaciones y aprendizajes. Asimismo, se procura evitar todo automatismo. Por ejemplo, aunque se hable de efectos hormonales, no se reduce nunca todo a hormonas, ni a relaciones unívocas de causa-efecto.

⁶ Comunicación en Congreso, “Reapropiaciones del instinto como estrategias de legitimación social en maternidades y crianzas no normativas”.

Igualmente, aunque a menudo se exalte el parto como un proceso revelador, generador de un conocimiento profundo de una misma, no se pierde de vista en ningún momento lo corporal, lo físico y hasta la trivialidad de algunos aspectos y momentos del epp. La referencia a un principio masculino y otro femenino, finalmente, es en gran medida simbólica, aunque es innegable la facilidad de su asociación con las mujeres en carne y hueso, como *naturalmente* más cooperativas, respetuosas, cuidadosas. Se generan, por tanto, una serie de ambigüedades, que corren el riesgo de ocultar que se está hablando siempre de tareas, pero también de espacios y de emociones feminizados/masculinizados a lo largo de la historia. Los discursos de las comadronas de parto en casa, en suma, no se pueden liquidar como simples idealizaciones o como mero esencialismo. Sin embargo, tampoco se puede negar los problemas que conlleva hablar de una “naturaleza femenina” decontextualizada y universal.

Una vez más, Nicole-Claude Mathieu nos proporciona una aguda intuición desde la que orientarnos, distinguiendo entre anatomización de lo político, y politización de la anatomía. En el primer caso, “se encuentran los intentos de desvelar los *poderes* «reales» de las mujeres que habrían sido ocultados por la ciencia masculina (u occidental), o las referencias a las diosas-madres y a un supuesto matriarcado originario: hay que re-conocer y valorar a las mujeres, La Mujer” (Mathieu 1991 [1989]: 240). En particular, Mathieu vuelve repetidamente sobre el argumento de un supuesto matriarcado originario o existente en otros lugares, considerándolo una “mistificación” y un “freno para la lucha” (Curiel y Falquet 2005: 15), por representar un obstáculo a la toma de conciencia de situaciones cotidianas de opresión y al análisis de relaciones sociales concretas; o incluso una invención turística (Falquet 2011), publicitándose exóticas “sociedades matriarcales” en folletos y carteles de agencias turísticas. En el segundo caso, en cambio, entrarían todos aquellas experimentaciones que parten de la conciencia de la construcción social de las diferencias entre sexos, para actuar en modos que pretenden no respetar la bipartición de roles y tareas.

En el parto en casa, sin embargo, coexisten a menudo ambos grupos de discursos, los que despolitizan y los que politizan, funcionando incluso los primeros como móvil para distintas militancias en defensa de los derechos en el epp. Los mayores problemas se presentan, a nuestro entender, cuando los argumentos esencialistas y/o halagadores de lo materno no cumplen aquellas funciones estratégicas positivas mencionadas, como podría ser, por ejemplo, cuando se usan para reforzar la toma de decisiones minoritarias como parir en casa, animar en el momento del parto, vivir en modos placenteros el embarazo o la crianza, o amamantar en un espacio público. Los efectos perjudiciales muy concretos en las vidas de mujeres y familias de determinadas ideologías han sido señalados en el texto a través de experiencias particulares. Sobre todo en el periodo posterior al nacimiento se experimentan dificultades comunes, debidas en gran parte a la ausencia

de medidas sociales de protección y a la escasez (percibida o real) de apoyo por parte de familiares o amistades. Pero las situaciones más dramáticas se han dado cuando el seguimiento de algunas teorías sobre la crianza y el bienestar infantil ha producido un choque frontal con la cotidianidad de las mujeres que pretendían respetarlas. En particular, en dos casos, el pretendido respeto por las necesidades infantiles se ha convertido en violencias autoimpuestas, conflictos familiares, maltrato hacia los/as hijos/as y formas patológicas en la lactancia. Entramos así en el tercero de los nudos problemáticos citados, a saber: el protagonismo de quien nace, que, en mayor o menor medida, caracteriza los discursos elaborados desde el parto en casa.

Se ha hecho hincapié en que la atención reservada a los recién nacidos, como personas vulnerables y dependientes, no necesariamente contradice la atención hacia sus progenitoras. En los cursos de preparación, de hecho, se hace un esfuerzo continuo por formular discursos no excluyentes, y por desmarcarse de toda indicación normativa y moralizante, gracias a unos contenidos en continua evolución, y a la promoción activa de debates. No obstante, considerar a la pareja madre-bebé como un “dato primordial” (Mathieu 1991 [1977]), a la vinculación temprana como un efecto del contacto “piel con piel”, a la lactancia como una actividad sana, fácil y placentera puede haber supuesto importantes dificultades, haber desembocado en un reparto tradicional y nada satisfactorio de tareas en la pareja, y haber resultado pernicioso para la salud de quienes desencajaban, por ejemplo, por circunstancias personales, situación sociolaboral, o presencia de otros hijos pequeños, con este modelo idealizado. El riesgo de que subrayar las necesidades infantiles se convierta en una “ética reaccionaria del cuidado” (Pérez Orozco 2011) no puede negarse. Volver a esencializar los cuidados maternos, atribuyéndolos a una supuesta naturaleza altruista femenina, a este *ser-para-otros*, al olvido de sí misma impuesto por determinadas ideologías y condiciones sociales, y que ha sido tantas veces denunciado por autoras feministas (Lagarde 2001 [1990], Rich 1996 [1978], Sau 2004 [1995], entre otras), existe como posibilidad y ha sido experimentado (y criticado) por algunas madres.

En último término, las implicaciones negativas de cualquier discurso naturalizante podrían superarse al historizar y anclar en lo social las vivencias del epp, de la maternidad y de la paternidad. Tal y como sugería Rosi Braidotti, subrayar una diferencia no esencialista, sino estratificada y derivada de la historia abre a cambios sociales más generalizados, que parten de una reconsideración de lo históricamente devaluado al haber sido asociado a las mujeres. Sin embargo, en los discursos analizados, las tensiones entre distintos argumentos *permanecen*, no se resuelven. Lo que puede representar un auténtico escollo a una politización del epp, en todo caso, y en nuestra opinión, no es la existencia de cierta variabilidad, incluso de contradicciones en los discursos, sino más bien el prevalecer progresivo de unas razones únicas, las de la evidencia científica. Como

muestran en modo rotundo los proyectos de humanización a nivel hospitalario, recurrir al sostén de la evidencia científica puede acabar cancelando o minimizando otras razones e infravalorando determinados aspectos de la asistencia, aspectos que han sido fundamentales para el movimiento de salud de las mujeres y que siguen estando en el centro de las reivindicaciones del asociacionismo usuario. Y es efectivamente posible que los argumentos de la evidencia lleguen a prevalecer sobre cualquier otro. Son los que ganan peso a nivel social, los que sirven a la hora de legitimar algunas prácticas, y los que ya predominan en la primera de las dos corrientes existentes en Andalucía. Su imposición como paradigma único no puede que empobrecer la riqueza de las contribuciones que nos ha proporcionado hasta ahora el parto en casa. Una de las consecuencias más preocupantes sería precisamente la invisibilización de las relaciones sociales bajo supuestos de científicidad y, por tanto, el desvío absoluto de la atención de los aspectos históricos, políticos y socioculturales. Se dejaría, así, perfectamente intacto el *status quo*. Al defender el parto en casa exclusivamente bajo el prisma de la evidencia científica, sería, pues, bastante más complicado trastocar las relaciones de poder en el epp. Se perdería, además, mucho de lo que sigue aportando este tipo de asistencia, en toda su complejidad, en la multiplicidad y densidad de argumentos utilizados, y en las prácticas que se llevan a cabo entre experimentaciones y contradicciones. Sin entrar en los detalles de sus contribuciones, señalamos tres aspectos que nos parecen fundamentales: la horizontalidad en la relación figura experta/lego; el fomento de prácticas de autogestión de la salud y la divulgación de conocimientos especializados; la valoración de las dimensiones no biológicas como primordiales y no auxiliares para la salud. Recurrir a la evidencia científica para sustentar reivindicaciones concretas no solamente se demuestra engañoso porque no necesariamente se llega a conclusiones claras e incontrovertibles, sino que produce un estancamiento discursivo y un bloqueo fáctico, impidiendo la generación de transformaciones que no sean sólo meros ajustes en el ordenamiento médico existente (Pizza 2005). El interés de que el modelo domiciliario siga existiendo, finalmente, reside principalmente en la capacidad de seguir profundizando en esa trayectoria de crítica radical y proposiciones inventivas empezada hace más de tres décadas.

Anexos

I. Glosario y acrónimos

AEM: Asociación Española de Matronas

Alumbramiento: Finalización del periodo expulsivo, caracterizada por la salida de los “anexos ovulares” (cordón umbilical, placenta y membranas).

Ambu: La palabra ambú viene de la sigla en inglés correspondiente a Airway Mask Bag Unit, algo así como "Unidad de bolsa y máscara para la vía aérea". Forma parte del equipo de reanimación cardio-pulmonar.

Amniorrexis: Rotura espontánea o provocada de la bolsa amniótica

Anoxia: Deficiencia de oxígeno

EAPN: Estrategia de atención al parto normal

EIR: Enfermero Interno Residente

ENSSR: Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva

Entuerto: "Los entuertos son contracciones uterinas potentes que ocurren en el posparto y que tienen como objetivo reducir la matriz a su tamaño normal y colapsar los vasos sanguíneos sangrantes que han quedado en el lugar donde estaba la placenta. Los entuertos son buenos y deseables, puesto que si la matriz no se contrae los vasos sanguíneos quedan abiertos y la hemorragia es mayor".
(<https://www.elpartoestuestro.es/informacion/posparto/que-son-los-entuertos>)

Episiotomía: Realización de una incisión quirúrgica en la zona del perineo, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto.

EPEN: El Parto es Nuestro

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España

GPC: Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio

Grietas: Heridas o lesiones que aparecen en el pezón y que hacen que la toma resulte muy dolorosa.

Ingurgitación: Acumulación de leche en los conductos lácteos (que puede derivar en mastitis).

IPN: Iniciativa Parto Normal (impulsada por la FAME en el año 2006)

Litotomía: Posición de decúbito supino, con las piernas flexionadas y elevadas, habitualmente utilizada en el parto hospitalario.

Mastitis: Inflamación de la glándula mamaria.

Meconio: Primera materia fecal, expulsada en el parto o a lo largo de los primeros días. Está formado por secreciones de las glándulas intestinales, líquido amniótico, restos de pigmentos biliares, células, sangre y sustancias mucosas.

MIR: Médico Interno Residente

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OSM: Observatorio de Salud de la Mujer

Oxitocina: Hormona producida de manera espontánea en el parto, y asociada también a la lactancia y al orgasmo. Se utiliza el mismo término para referirse a un medicamento sintetizado en laboratorio y empleado para estimular las contracciones uterinas.

Placenta previa: “Es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda la abertura hacia cuello uterino o una parte de ésta”. (<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000900.htm>)

Pródromos del parto o preparto: según la definición de la FAME, los pródromos constituyen una fase previa al parto, que prepara el cuerpo para que este se desencadene. Aquí las características que pueden presentarse:

“Cada mujer puede experimentarlo de manera distinta en su aparición y duración.

- Descenso del abdomen, que puede ejercer presión sobre la vejiga y aumentar la necesidad de orinar más frecuentemente y en poca cantidad.
- Contracciones uterinas, que se asemejan a las molestias típicas de la regla en aquellas mujeres que las hayan percibido. Otras mujeres lo experimentan como “pinchazos” en la parte baja del vientre. Se pueden apreciar manualmente como un endurecimiento progresivo del abdomen.
- Expulsión del tapón mucoso: es la salida a través de la vagina de una sustancia mucosa, espesa, que puede presentar un color blanquecino, rosado o marrónáceo y que varía en cuanto a cantidad. No siempre se aprecia este proceso, y cuando ocurre puede durar horas o incluso días”.

(<http://www.federacion-matronas.org/iniciativa-parto-normal/periodos-del-parto>)

Prolapso de cordón Caída o desplazamiento del cordón umbilical hacia el estrecho inferior de la pelvis materna por delante de la presentación, que puede ser cefálica, de nalgas o transversa (hombros o costado).

SAS: Servicio Andaluz de Salud

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

TENS: Neuroestimulación eléctrica transcutánea (por su sigla en inglés, Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation). Es un aparato de eficacia no comprobada, utilizado para reducir el dolor en el parto.

Test de Apgar: Es una prueba en la que se valoran 5 parámetros para obtener una primera valoración sobre el estado general del recién nacido después del parto. El test lleva el nombre de su creadora, Virginia Apgar, que empezó a utilizarlo en los años 50 del siglo XX. Los parámetros que se toman en cuenta son los siguientes:

- Tono muscular.
- Esfuerzo respiratorio.
- Frecuencia cardíaca.
- Reflejos.
- Color de la piel.

A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, donde 2 equivale al estado óptimo, y sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado del test (máximo de 10). Se suele realizar al minuto y a los cinco minutos. Para mayores informaciones:

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003402.htm>

II. Carta a un Hospital

A./A. Dr. [nombre y apellidos]¹

Director de la Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia del Hospital ...

Estimado señor:

Me dirijo a usted porque el pasado 30 de agosto nació en el Hospital ... de Sevilla mi hijo. Ingresamos en dicho centro a las 20:00 horas aproximadamente el 29 de agosto y el nacimiento se produjo el día siguiente a las 16:00 horas de la tarde. El objetivo de este escrito es resaltar los aspectos positivos y negativos en relación con este acontecimiento, con el deseo de que los tengan en consideración para mejorar los servicios al ciudadano como corresponde a un centro público.

Por un lado, señalar que mi pareja y yo acudimos al hospital con un plan de parto que fue en este caso leído y respetado en la medida de las posibilidades. Fue muy importante que el personal que nos atendió en los dos turnos correspondientes a ese periodo, nos referimos concretamente al papel de los matrones [nombres y apellidos], además del trato amable y cariñoso, tuvo muy en cuenta en todo momento nuestros deseos para tener un parto humanizado. Con paciencia y respeto, nos indicaron y explicaban en cada caso las intervenciones que se iban a realizar, especialmente aquéllas que, por necesidad, iban en contra de las indicaciones del plan de parto, pidiendo siempre nuestro consentimiento para realizarlas. También pusieron a nuestro alcance todo los recursos disponibles en el hospital para facilitar la dilatación y trabajo de parto. En este sentido, agradecemos que en un hospital público exista la posibilidad de que la mujer pueda decidir cómo desea parir y se tengan en cuenta los planes de parto, así como que exista el compromiso institucional y del personal profesional para contribuir a la humanización del parto.

A pesar del comportamiento ejemplar de los matrones señalado, echamos en falta que pudieran acompañarnos más en todo el proceso de dilatación, dado el elevado número de mujeres que estos profesionales debían atender al mismo tiempo. Entendemos que, en este proceso, para la mujer es fundamental el sentirse acompañada y apoyada por la persona que es atendida, siendo importante la presencia y concentración del matrn o matrona, cosa difícil si estos profesionales tienen que atender cuatro partos simultáneamente, como es el caso que nos ocupa.

Por otro lado, nos gustaría referir otras situaciones que no fueron tan respetuosas, como la dada en paritorio. En un momento tan crucial, llegaron algunas personas que, sin presentarse y sin advertirme de lo que iban a hacer, intervinieron haciéndome exploraciones vaginales consecutivas cada una de ellas, sin tener en cuenta mi integridad e intimidad y cómo podría sentirme. Algunas de ellas además se permitieron hacer juicios de valor sobre la manera en que había llevado mi embarazo sin contemplar mi estado de vulnerabilidad en esos momentos.

También queremos reseñar negativamente el trato que tuvimos en postparto, donde sufrimos algunas actitudes de desgana y desagrado, como la manera de entrar en la habitación sin tener en cuenta si estábamos dormidos o descansando o la forma desagradable de dirigirse a nosotros. En relación con esto, advertimos que el personal se encontraba en situación estresada.

Pero lo más destacable e importante que queremos denunciar y que nos parece inadmisibles es cómo mezclaron en este ala del hospital a púerperas y parturientas. Es incomprensible cómo pueden compartir habitación una mujer que acaba de parir y necesita descansar, tanto ella como su bebé, con mujeres que están en proceso de dilatación dando alaridos de dolor. Sin mencionar que la recién parida, si ha tenido un parto largo y difícil, como fue mi caso, experimentar situaciones de este tipo puede resultarle desagradable y traumático. Situación inadmisibles si además se debe al cierre de espacios en el hospital para ahorro de costes.

Sin más, esperamos que este escrito pueda servirles para reforzar los aspectos positivos y mejorar los negativos.

Un cordial saludo,

Fdo: [nombre y apellidos de la mujer]

DNI:

N^a Seguridad Social:

¹ Se ha optado por reproducir la carta, eliminando aquellos datos que puedan llevar a la identificación de personas y estructuras, pero visibilizando, con espacios en blanco o añadidos entre paréntesis, los puntos en los que se mencionan en el original.

III. Viñetas de la Gaceta Electrónica de la SEGO (años 2008-2011)



Por el Dr. Javier Server Gozávez
Servicio de Ginecología. Hospital de Gandía. Valencia



Por el Dr. Javier Server Gozávez
Servicio de Ginecología. Hospital de Gandía. Valencia

Referencias bibliográficas

- Agamben, Giorgio. 1995. *Homo Sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Torino: Einaudi.
- Aler Gay, Isabel. 2012. “Sociología de la maternidad en España.” En *Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia*, 71–126. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Alonso Gutiérrez, Cristina. 2004. “Epidural, ¿parto sin dolor o dolor después del parto?” *Ob Stare* 12: 51–52.
- Andrieu Sanz, Rosa, y Carmen Mozo González. 2005. “Normalización del ‘género’ y problemas de legitimidad de las teorías y luchas feministas.” En *Antropología feminista y/o del género: legitimidad, poder y usos políticos*, 9–40. Sevilla: Fundación El Monte, Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español, Asociación Andaluza de Antropología.
- Badinter, Elisabeth. 1981. *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII a XX*. Barcelona: Paidós/Pomare. [1980].
- . 2011. *La mujer y la madre*. Madrid: La esfera de los libros.
- Bamberger, Joan. 1979. “El mito del matriarcado: ¿Por qué gobiernan los hombres en las sociedades primitivas?” En *Antropología y feminismo*, editado por Olivia Harris y Kate Young, 63–81. Barcelona: Anagrama. [1974].
- Barroso, Carmen, y Sonia Correa. 1995. “Public servants, professionals, and feminists: the politics of contraceptive research in Brazil.” En *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*, editado por Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp, 292–306. Berkeley: University of California Press.
- Bartoli, Paolo, y Paola Falteri. 1983. “Medicina ‘ufficiale’ e medicina ‘popolare’ a Magione.” *La Ricerca Folklorica*, no. 8: 57–66.
- Beck, Ulrich. 2006. *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI. [1999].
- Bellón Sánchez, Silvia. 2015. “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica.” *Dilemata* año 7 (18): 93–111.
- Bernabeu Mestre, Josep, y Elena Robles González. 2000. “Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria.” *Política y Sociedad* 35: 45–54.
- Biedma Velázquez, L., J. M. García de Diego, y R. Serrano del Rosal. 2010. “Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: ‘la buena sufridora.’” *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 17 (1): 3–15.
- Biesele, Megan, y Robbie E. Davis-Floyd. 1996. “Dying as medical performance: the oncologist as charon.” En *The Performance of Healing*, editado por Carol Laderman y Marina Roseman, Routledge, 291–322. New York.
- Blázquez Rodríguez, 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, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.
- . 2010. “Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención al embarazo, parto y puerperio. Aportaciones desde una etnografía feminista.” En *Antropología, Género, Salud y Atención*, 209–31. Barcelona: Bellaterra.
- Bourdieu, Pierre. 1992. “Habitus, illusio e razionalità.” En *Risposte. per un’antropologia riflessiva*, editado por Bourdieu y Wacquant. Torino: Bollati Boringhieri.
- Braidotti, Rosi. 2003. *In metamorfosi. verso una teoria materialista del divenire*. Milano: Feltrinelli.
- . 2004. *Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada*. Barcelona: Gedisa.
- Browner, C. H. 2009. “Situating women’s reproductive activities.” *American Anthropologist, New Series* 102 (4): 773–88.
- Browner, C. H., y Sondra T. Perdue. 1988. “Women’s secrets: bases for reproductive and social autonomy in a mexican community.” *American Ethnologist* 15 (1): 84–97.
- Browner, Carole H., y Nancy Ann Press. 1995. “The normalization of prenatal diagnostic Screening.” En *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*, editado por Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp, 307–22. Berkeley: University of California Press.
- Cabré i Pairet, Montserrat, y Teresa Ortiz Gómez. 1999. “Mujeres y salud: prácticas y saberes. Presentación.” *Dynamis* 19 (2): 17–24.
- . 2001. “Introducción.” En *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, editado por Montserrat Cabré y Teresa Ortiz, 9–24. Barcelona: Icaria.
- . 2008. “Significados científicos del cuerpo de mujer.” *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* LX (1): 9–18.
- Cabré i Pairet, Montserrat, y Teresa Ortiz Gómez. (editoras). 2001. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria.
- Cecil, Rosanne. 1996. “Introduction: an insignificant event? Literary and anthropological perspectives on pregnancy loss”. En *The Anthropology of pregnancy loss. Comparative studies in miscarriage, stillbirth and neonatal death*, editado por Rosanne Cecil, 1–14. Oxford: Berg.
- Chadwick, Rachelle Joy. 2009. “Between bodies, cultural scripts and power: the reproduction of birthing subjectivities in home-birth narratives.” *Subjectivity* 27: 109–33.
- Cházaro, Laura. 2004. “Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México.” *Dynamis* 24: 27–51.
- Cheyney, Melissa. 2011. “Reinscribing the birthing body: homebirth as ritual performance.” *Medical Anthropology Quarterly* 25 (4): 519–42.
- Cody, Lisa Forman. 1999. “The Politics of reproduction: from midwives’ alternative public sphere to the public spectacle of man-midwifery.” *Eighteenth-Century Studies* 32 (4): 477–95.
- Comaroff, Jean. 2006. “Oltre la politica della nuda vida. L’AIDS e l’ordine neoliberalista.” *Antropologia* 6 (8): 51–70.
- Comas D’Argemir, Dolores. 2000. “Mujeres, familia y estado del bienestar.” En *Perspectivas*

Feministas desde la Antropología Social, 187–204. Barcelona: Ariel.

Comelles, Josep M. 1997. “The fear of (one’s own) history. On the relations between medical anthropology, medicine and history.” *Dynamis* 17: 37–68.

Comelles, Josep M., y Enrique Perdiguero. 2000. “Introducción.” En *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*, editado por Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles. Barcelona: Bellaterra.

Cordero Fiedler, Deborah. 1996. “Authoritative knowledge and birth territories in contemporary Japan.” *Medical Anthropology Quarterly* 10 (2): 195–212.

Cosminsky, Sheila. 2001. “Maya midwives of southern Mexico and Guatemala.” En *Mesoamerican Healers*, editado por Huber and Sandstrom. Austin: University of Texas Press.

Craven, Christa. 2005. “Claiming respectable American motherhood: homebirth mothers, medical officials, and the state.” *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 19 (2): 194–215.

———. 2007. “A ‘consumer’s right’ to choose a midwife: shifting meanings for reproductive rights under neoliberalism.” *American Anthropologist, New Series* 109 (4): 701–12.

Craven, Christa, y Mara Glatzel. 2010. “Downplaying difference: historical accounts of African American midwives and contemporary struggles for midwifery.” *Feminist Studies, Re-inventing mothers* (Summer 2010) 36 (2): 330–58.

Csordas, Thomas J. 1988. “The conceptual status of hegemony and critique in medical anthropology.” *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 2 (4): 416–21.

———. 1990. “Embodiment as a paradigm for anthropology.” *Ethos* 18 (1): 5–47.

———. 2003. “Incorporazione e fenomenologia culturale.” *Annuario di Antropologia* 3: 143–62. [1999]

Curiel, Ochy, y Jules Falquet. 2005. “El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas. Colette Guillaumin-Paola Tabet-Nicole Claude Mathieu”. En *El patriarcado al desnudo*, editado por Ochy Curiel y Jules Falquet. Buenos Aires: Brecha Lésbica.

DAIA. Dones per l'autoconeixement i l'anticoncepció. 1981. “Reflexiones sobre una experiencia.” En *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*, 2–4. Barcelona: LaSal.

Davis-Floyd, Robbie E. 1987. “Obstetric training as a rite of passage.” *Medical Anthropology Quarterly* 1 (3): 288–318.

———. 1998. “Types of midwifery training: an anthropological overview.” En *Pathways to becoming a midwife: getting an education*, editado por Joel Southern, Jennifer Rosenberg, y Jan Tritten. Eugene: Midwifery Today.

———. 1999. “Some thoughts on bridging the gap between nurse- and direct-entry midwives.” *Midwifery Today*, no. March: 15–17.

———. 2001. “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth.” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75 (1): 5–23.

Davis-Floyd, Robbie E., y Elizabeth Davis. 1996. “Intuition as authoritative knowledge in midwifery and homebirth.” *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 10 (2): 237–69.

Davis-Floyd, Robbie E., y Gwynne L Jenkins. 2005. “Midwifery.” *Sage Encyclopedia of Anthropology*. (<http://www.davis-floydpresents.com/category/articles/midwifery/>)

- Davis-Floyd, Robbie E., y Carolyn Sargent. 1996. "Introduction." *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 10 (2): 111–20.
- De Jonge, A, B. Y. Van Der Goes, A.C.J. Ravelli, M. P. Amelink-Verburg, B. W. Mol, J. G. Nijhuis, J. Bennebroek Gravenhorst, y S. E. Buitendijk. 2009. "Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births." *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116: 1177–84.
- De la Torre Palomo, María Teresa. 2006. "Proyecto de gestión. Organización de un sistema público de atención al parto domiciliario en el área de gestión sanitaria norte de Málaga." Escuela Andaluza de Salud Pública.
- De Miguel, Jesús M. 1980. "La sociedad estéril: pautas de control de natalidad." En *La Antropología médica en España*, editado por Michael Kenny y Jesús M. de Miguel, 267–93. Barcelona: Anagrama.
- Dei, Fabio. 2012. "Medicine non convenzionali: una prospettiva antropologica." En *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, editado por Donatella Cozzi, 157–80. Perugia: Morlacchi Editore.
- Del Olmo, Carolina. 2013. *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Madrid: Clave Intelectual.
- Del Valle, Teresa. 2000. "Introducción." En *Perspectivas feministas desde la antropología social*, 9–24. Barcelona: Ariel.
- Díez, Carmen. 2000. "Maternidad y orden social. Vivencias del cambio." En *Perspectivas feministas desde la antropología social*, editado por Teresa del Valle, 155–85. Barcelona: Ariel.
- Douglas, Mary. 1979. "I due corpi." En *I simboli naturali. Sistema cosmologico e struttura sociale*, 99–122. Torino: Einaudi. [1970].
- Douglas, Mary, y Aaron Wildavsky. 1982. *Risk and Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Duden, Barbara. 1994. *Il corpo della donna come luogo pubblico. sull'abuso del concetto di vita*. Torino: Bollati Boringhieri.
- . 2004. "Popolazione." En *Dizionario dello sviluppo*, editado por Sachs. Torino: EGA Editore. [1992].
- . 2006. *I geni in testa e il feto nel grembo*. Torino: Bollati Boringhieri. [2002].
- Ehrenreich, Barbara, y Deirdre English. 1988. *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Barcelona: LaSal. [1973].
- . 2010. *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a mujeres*. Madrid: Capitan Swing. [1989].
- Esteban, Mari Luz. 2000. "La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil." En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, 207–26. Barcelona: Bellaterra.
- . 2004. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

- Estroff, Sue E. 1988. "Whose hegemony?: A critical commentary on critical medical anthropology." *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 2 (4): 421–26.
- Evans-Pritchard, Edward Evan. 2002. *Stregoneria, oracoli e magia tra gli azande*. Milano: Raffaello Cortina. [1937].
- Falquet, Jules. 2011. "Pour une anatomie des classes de sexe: Nicole-Claude Mathieu ou la conscience des opprimées". *Cahiers Du Genre* 50(1): 193–217.
- Fannin, Maria. 2006. "Global midwifery and technologies of emotion." *ACME: An International E-Journal for Critical Geographies* 5 (1): 70–88.
- Farmer, Paul. 2006a. "Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale." En *Antropologia medica. I testi fondamentali*, editado por Ivo Quaranta. Milano: Raffaello Cortina. [2003].
- . 2006b. "Un'antropologia della violenza strutturale." *Antropologia* 6 (8): 17–49. [2004].
- Fassin, Didier. 2006. "La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia." En *Antropologia edica. I testi fondamentali*, editado por Ivo Quaranta. Milano: Raffaello Cortina. [2001].
- . 2011. "The trace: violence, truth, and the politics of the body". *Social Research* 78 (2): 281–98.
- Federici, Silvia. 2011. *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños. [2004].
- . 2014. *Il punto zero della rivoluzione. Lavoro domestico, riproduzione e lotta femminista*. Verona: Ombre corte.
- Fernández Guillén, Francisca. 2004. "El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno-infantil." *Ob Stare* 12: 53–61.
- . 2015. "¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos." *Dilemata* año 7 (18): 113–28.
- Fernández Guillén, Francisca, y Gonzalo Canales Santander. 2012. *Configuración legal, régimen de responsabilidad y recomendaciones para el desarrollo profesional. Recopilación y estudio de las leyes y resoluciones judiciales que inciden en la actividad de las comadronas*. Associació Balear de Comares.
- Ferreira, Sílvia Lúcia. 2008. "El movimiento feminista y la salud de las mujeres: la experiencia de los centros de planificación familiar (CPF) en Catalunya (1976-1982)." *Revista Estudos Feministas*. 16 (3): 785–807.
- Filippini, Nadia Maria. 2002. "Rappresentazioni e politiche di controllo del corpo materno tra età moderna e contemporanea." *La Ricerca Folklorica* 46 (Genere, sessualità, gestione del corpo): 19–25.
- Foster, George M. 1980a. "Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia." En *La antropología médica en España*, editado por Michael Kenny y Jesús M. de Miguel, Anagrama, 249–65. Barcelona.
- . 1980b. "Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana." En *La antropología médica en España*, editado por Michael Kenny y Jesús M. de Miguel, 123–47.

Barcelona: Anagrama.

Foucault, Michel. 1961. "La folie n'existe que dans une société, entretien avec J.P.Weber." *Le Monde*, no. 5135.

———. 1977. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, D. F.: Siglo XXI. [1963].

———. 1984. *Historia de la sexualidad (1). La voluntad de saber*. Siglo XXI. Madrid. [1976]

———. 1990. *La vida de los hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.

———. 1994a. "Le pouvoir psychiatrique. Annuaire du Collège de France." En *Dits et écrits I, 1954-1975*. Paris: Gallimard.

———. 1994b. "Table ronde sur l'expertise psychiatrique." En *Dits et écrits I, 1954-1975*. Paris: Gallimard.

———. 1994c. *Poteri e strategie. L'assoggettamento dei corpi e l'elemento sfuggente*. Milano: Mimesis.

———. 1998. "Le maglie del potere." En *Archivio Foucault 3*, 155–71. Milano: Feltrinelli. [1981]

———. 2005. *Sorvegliare e punire. La nascita della prigione*. Torino: Einaudi. [1975].

Foucault, Michel, y Noam Chomsky. 2005. *Della natura umana. Invariante biologico e potere politico*. Roma: Derive Approdi.

Fox, Bonnie, y Diana Worts. 1999. "Revisiting the critique of medicalized childbirth: a contribution to the sociology of birth." *Gender and Society* 13 (3): 326–46.

Frankenberg, Elizabeth, y Thomas Duncan. 2001. "Women's health and pregnancy outcomes: do services make a difference?" *Demography* 38 (2): 253–65.

Franklin, Sarah. 1995. "Science as culture, cultures of science." *Annual Review of Anthropology* 24: 163–84.

Fraser, Gertrude J. 1995. "Modern bodies, modern minds: midwifery and reproductive change in an African American community." En *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*, editado por Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp, 42–58. Berkeley: University of California Press.

Freyermuth Enciso, Gabriela. 2003. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó: género, étnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México, D. F.: CIESAS, Instituto Nacional de las Mujeres, Comité por una maternidad voluntaria y sin riesgos en Chiapas.

Gaines, Atwood D, y Robbie E. Davis-Floyd. 2003. "On biomedicine." *Encyclopedia of Medical Anthropology: health and illness in the world's cultures*. (<http://www.davis-floydrepresents.com/uncategorized/on-biomedicine/>).

García Armesto, Sandra, Begoña Abadía, Antonio Durán, Cristina Hernández-Quevedo, y Enrique Bernal. 2011. *España: análisis del sistema sanitario 2010*. Observatorio del SNS, MSPSI.

Gimenez, Martha E. 1991. "The mode of reproduction in transition: A marxist-feminist analysis of the effects of reproductive technologies." *Gender and Society* 5 (3): 334–50.

Ginsburg, Faye, y Rayna Rapp. 1991. "The politics of reproduction." *Annual Review of Anthropology* 20: 311–43.

———. 1995. "Introduction." En *Conceiving the new world order: the global politics of*

reproduction, editado por Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp, 1–17. Berkeley: University of California Press.

Gold, Cybele, y E. J. Gold. 1978. *Nacimiento feliz. Manual para el parto natural consciente*. Barcelona: Triangle.

González Canalejo, Carmen. 2007. “Cuidados y bienestar: El trabajo sanitario femenino en respuesta a la «cuestión social» (1857-1936).” *Dynamis* 27: 211–35.

Good, Byron J. 2006. “Il cuore del problema. La semantica della malattia in Iran.” En *Antropologia medica. I testi fondamentali*, editado por Ivo Quaranta, 31–74. Milano: Raffaello Cortina. [1977].

Gottlieb, Alma. 1995. “The anthropologist as mother: reflections on childbirth observed and childbirth experienced.” *Anthropology Today* 11 (3): 10–14.

Green, Linda. 1994. “Fear as a way of life.” *Cultural Anthropology* 9 (2): 227–56.

Green, Monica. 1989. “Women’s medical practice and health care in medieval Europe.” *Signs* 14 (2): 434–74.

———. 2001. “En busca de una «auténtica» medicina de mujeres: Los extraños destinos de Trota de Salerno y Hildegarda de Bingen.” En *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, editado por Montserrat Cabré y Teresa Ortiz, 27–54. Barcelona: Icaria.

Gruppo femminista di Ferrara per il salario al lavoro domestico. 1978. *Dietro la normalità del parto. Lotta all’ospedale di Ferrara*. Venezia: Marsilio Editori.

Guillaumin, Colette. 1978. “Pratique du pouvoir et idée de Nature (2). Le discours de la Nature”. *Nouvelles Questions Féministes*, (3), 5–28.

Gutman, Laura. 2003. *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.

Haraway, Donna. 1995. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra. [1991].

Harris, Olivia, y Kate Young. 1979. “Introducción”. En *Antropología y feminismo*, editado por Olivia Harris y Kate Young, 9–30. Barcelona: Anagrama.

Hernández Garre, José Manuel, y Paloma Echevarría Pérez. 2015. “El nacimiento hospitalario e intervencionista: Un rito de paso hacia la maternidad.” *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana* 10 (3): 401–26.

Hernández Sáenz, Luz María, y George M. Foster. 2001. “Curers and their cures in colonial new Spain and Guatemala. The Spanish component.” En *Mesoamerican Healers*, editado por Huber y Sandstrom. Austin: University of Texas press.

2010. “Home birth - Proceed with caution”. *The Lancet*, 376(9738): 303.

hooks, bell, Kum-Kum Bhavnani, Margaret Coulson, Aurora Levins Morales, Gloria Anzaldúa, Chela Sandoval, Avtar Brah, M. Jacqui Alexander, y Chandra Talpade Mohanty. 2004. *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras*. Madrid: Traficantes de Sueños.

- Huber, Brad R., y Alan R. Sandstrom. 2001. "Recruitment, training, and practice of indigenous midwives. From the Mexico-United States border to the isthmus of Tehuantepec." En *Mesoamerican Healers*. Austin: University of Texas Press.
- Hurtado, Elena, y Eugenia Saenz de Tejada. 2001. "Relations between government health workers and traditional midwives in Guatemala." En *Mesoamerican Healers*, editado por Brad R. Huber y Alan R. Sandstrom. Austin: University of Texas Press.
- Illich, Iván. 1984. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz, Grupo Editorial Planeta. [1976].
- Illich, Iván, y Valentina Borremans. 1984. "La necesidad de un techo común. El control social de la tecnología." En *Némesis médica*, 367–71. México: Joaquín Mortiz, Grupo Editorial Planeta. [1976].
- Imaz, Elixabete. 2010a. *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid: Catedra.
- . 2010b. "Entre ginecólogos y matronas. La relación con lo médico en la cotidianidad de la embarazada." En *Antropología, género, salud y atención*, 173–89. Barcelona: Bellaterra.
- Inhorn, Marcia C. 2006. "Defining women's health: a dozen messages from more than 150 ethnographies." *Medical Anthropology Quarterly*, 345–378
- Irigaray, Luce. 1992. *Yo, tú, nosotras*. Madrid: Cátedra.
- Irwin, Susan, y Brigitte Jordan. 1987. "Knowledge, practice, and power: Court-ordered cesarean sections." *Medical Anthropology Quarterly* 1 (3): 319–34.
- Jackson, Mark. 1996. "'Something more than blood': conflicting accounts of pregnancy loss in Eighteenth-Century England". En *The Anthropology of pregnancy loss. Comparative studies in miscarriage, stillbirth and neonatal death*, editado por Rosanne Cecil, 197–214. Oxford: Berg.
- Johnson, Kenneth C, y Betty-Anne Daviss. 2005. "Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 330 (June): 1–7.
- Jordan, Brigitte. 1984. *La nascita in quattro culture: atteggiamenti e pratiche ostetriche a confronto*. Milano: Emme. [1978].
- . 1989. "Cosmopolitical obstetrics: some insights from the training of traditional midwives." *Social Science and Medicine* 28 (9): 925–44.
- Juliano, Dolores. 2000. "Elaboraciones feministas y subcultura de las mujeres." En *Perspectivas feministas desde la antropología social*, editado por Teresa del Valle, 25–44. Barcelona: Ariel.
- Juteau, Danielle, y Nicole Laurin. 1988. "L' evolution des formes de l'appropriation des femmes : des religieuses aux "mères porteuses". *Revue Canadienne de Sociologie et d'Anthropologie*, 25(2): 183–207.
- Kapferer, Bruce. 1988. "Gramsci's body and a critical medical anthropology." *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 2 (4): 426–32.
- Kaufert, Patricia A., y John O'Neil. 1990. "Cooptation and control: the reconstruction of Inuit birth." *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 4 (4): 427–42.

- Kaufman, Sharon R., y Lynn M. Morgan. 2005. "The anthropology of the beginnings and ends of life." *Annual Review of Anthropology* 34: 317–41.
- Kenny, Michael, y Jesús M. de Miguel. 1980. *La antropología médica en España*. Anagrama. Barcelona.
- Ketler, Suzanne K. 2000. "Preparing for motherhood: authoritative knowledge and the undercurrents of shared experience in two childbirth education courses in Cagliari, Italy." *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 14 (2): 138–58.
- Kitzinger, Sheila. 1984. "Introducción." En *Nacimiento renacido*, 15–21. Buenos Aires: Errepar.
 ———. 1988. *Embarazo y nacimiento*. (Tomo I y II). México, D. F.: Interameri.
 ———. 2002. *Nacer en casa*. Barcelona: RBA Libros. [1991].
- Klairmont-Lingo, Alison. 2001. "Las mujeres en el mercado sanitario de Lyon en el siglo XVI." En *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, editado por Montserrat Cabré y Teresa Ortiz, 77–91. Barcelona.
- Klassen, Pamela E. 2001. "Sacred maternities and postbiomedical bodies: religion and nature in contemporary home birth." *Signs* 26 (3): 775–809.
- Kleinman, Arthur. 2006. "Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali." En *Antropologia medica. I testi fondamentali*, editado por Ivo Quaranta, 5–29. Milano: Raffaello Cortina. [1978].
- Kleinman, Arthur, y Joan Kleinman. 2006. "La sofferenza e la sua trasformazione professionale: verso una etnografia dell'esperienza interpersonale." En *Antropologia medica. I testi fondamentali*, editado por Ivo Quaranta, 199–234. Milano: Raffaello Cortina. [1991].
- Lagarde, Marcela. 2001. *Los cautiverios de la mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, D. F.: UNAM.
- Laget, Mireille. 1982. *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*. Paris: Seuil.
- Lamas, Marta. 1986. "Antropología feminista y la categoría 'Genero.'" *Nueva Antropología*. VIII (30): 173-198
- Lamboglia, Angela, Federica Castelli, Teresa Di Martino, y Roberta Paoletti. 2015. "A universal right to motherhood." *Dilemata* año 7 (18): 83–92.
- Lassonde, Louise. 1997. *Los desafíos de la demografía: qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?* México: UNAM/Fondo de Cultura Económica.
- Laugier, Sandra, Jules Falquet, y Pascale Molinier. 2015. "Genre et inégalités environnementales: nouvelles menaces, nouvelles analyses, nouveaux féminismes". *Cahiers Du Genre* 59(2): 5–20.
- Layne, Linda. 2006. "A women's health model for pregnancy loss: a call for a new standard of care." *Feminist Studies* 32 (3): 573–600.
- Lazarus, Ellen S. 1994. "What do women want?: Issues of choice, control, and class in pregnancy and childbirth." *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 8 (1): 25–46.

- Leboyer, Frédérick. 1983. *Por un nacimiento sin violencia*. México, D. F.: Daimon de Mexico. [1974].
- Lellep Fernandez, Renate. 1980. "La lactancia materna: progresión de imágenes en desuso." En *La antropología médica en España*, editado por Michael Kenny y Jesús M. de Miguel, Anagrama, 295–308. Barcelona.
- Limón Delgado, Antonio, y Eulalia Castellote. 1980. "La medicina popular en torno al embarazo y el parto a principio de siglo." En *La antropología médica en España*, editado por Michael Kenny y Jesús M. de Miguel, Anagrama, 227–48. Barcelona.
- Lock, Margaret. 1990. "On being ethnic: the politics of identity breaking and making in Canada, or, Nevra on Sunday." *Culture, Medicine and Psychiatry*, no. 14: 237–54.
- . 1993. "Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge." *Annual Review of Anthropology* 22: 133–55.
- . 2001. "The tempering of medical anthropology: troubling natural categories." *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 15 (4): 478–92.
- Lock, Margaret, y Nancy Scheper-Hughes. 1987. "The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology." *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1): 6–41.
- . 2006. "Un approccio critico interpretativo in antropologia medica: rituali e pratiche disciplinari e di protesta." En *Antropologia medica. I testi fondamentali*, editado por Ivo Quaranta, 149–94. Milano: Raffaello Cortina. [1990].
- Low, Setha. 1994. "Protest of the body." *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 8 (4): 476–78.
- Macdonald, Margaret. 2006. "Gender expectations: natural bodies and natural births in the new midwifery in Canada." *Medical Anthropology Quarterly* 20 (2): 235–56.
- Maffi, Irene. 2010. "Introduzione." *Annuario di Antropologia* 12: 1–17.
- Maffi, Irene, y Sara Veltro. 2010. "Storia di un'ostetrica: Alla ricerca dell'autenticità della nascita." *Annuario di Antropologia* 12: 147–65.
- Marchetti, Michela, y Chiara Polcri. 2013. "Gravidanza, parto, puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio-sanitari." *Am Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica* 35-36 (ottobre 2013): 1–32.
- Martin, Emily. 1992. *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martínez Hernández, Ángel. 2000. "Rendere visibile l'invisibile. L'antropologia e la trasparenza del potere biomedico." *Am Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica* 9-10: 9–34.
- . 2008. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martínez-Hernández, Ángel, Lina Masana, y Susan M. DiGiacomo. 2013. "Introducción." En *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*, editado por Ángel Martínez-Hernández, Lina Masana, y Susan M. DiGiacomo, 7–16. Tarragona: URV.

- Martos Ardid, Paula, y Ester Massó Guijarro. 2015. "Tomándoselo a pecho: conversaciones sobre la teta." *Dilemata* año 7 (18).
- Massó Guijarro, Ester. 2013a. "Deseo lactante: sexualidad y política en el lactivismo contemporáneo." *Revista de Antropología Experimental*, no. 13: 515–29.
- . 2013b. "Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado." *Dilemata* año 5 (11): 169–206.
- . 2015a. "Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: teta decolonial." *Dilemata* año 7 (18): 185–223.
- . 2015b. "Una etnografía lactivista: La dignidad lactante a través de deseos y políticas." *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana* 10 (2): 231–57.
- Mathieu, Nicole-Claude. 1991. *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Paris: côté-femmes.
- Mauss, Marcel. 1991. "Le technico del corpo." En *Teoria generale della magia e altri saggi*. Torino: Einaudi. [1936].
- Mead, Margaret. 1964. *Sesso e temperamento*. Milano: Il Saggiatore. [1935].
- Méndez, Lourdes. 2007. *Antropología feminista*. Madrid: Síntesis.
- . 2014. "Feminismos en movimiento en el Estado español: ¿Re-ampliando el espacio de lo político?". *Revista Andaluza de Antropología* 6: 11–30.
- Méndez, Lourdes, y Carmen Mozo. 1999. "Cuerpos, géneros, sexualidades: encrucijadas teóricas y políticas." En *Antropología del género. Actas del VIII Congreso de Antropología: 20-24 de septiembre 1999*, 83–92. Santiago de Compostela: AGA y FAAE.
- Menéndez, Eduardo L. 2005. "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos." *Revista de Antropología Social* 14: 33–69.
- Mies, Maria, y Vandana Shiva. 1997. *Ecofeminismo. teoría, crítica y perspectivas*. Barcelona: Icaria. [1993].
- Minelli, Massimiliano. 2012. "Capitale sociale e salute." En *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, editado por Donatella Cozzi, 13–52. Perugia: Morlacchi Editore.
- Mocci, Rosalba. 1994. "L'assistenza ostetrica nella città di Oristano dalla seconda metà dell'Ottocento ai nostri giorni." En *Il parto e la nascita in Sardegna. Tradizione, medicalizzazione, ospedalizzazione*, editado por Luisa Orrù y Fulvia Putzolu, 123–50. Cagliari: CUEC Editrice.
- Mollá Martínez, M. Teresa. 2015. "Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio," Tesis doctoral, Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería.
- Montes Muñoz, Maria Jesús. 2007. *Las culturas del nacimiento. representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.
- . 2010. "Mujeres, reproducción y género. Encuentros asistenciales en el embarazo y en el parto." En *Antropología, género, salud y atención*, 191–207. Barcelona: Bellaterra.
- Montes Muñoz, Maria Jesús, María F. Jiménez-Herrera, Ana Castells-Montes, y Maria Antonia Martorell-Poveda. 2013. "Ser matrona a mediados del siglo XX. El género como distribuidor de

oportunidades y organizador de las emociones.” En *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*, editado por Àngel Martínez-Hernández, Lina Masana, y Susan M. DiGiacomo, 179–98. Tarragona: URV.

Moore, Henrietta. 2004. *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra. [1991].

———. 2006. “The future of gender or the end of a brilliant career?” En *Feminist anthropology. Past, present and future*, editado por Pamela L. Geller y Miranda K. Stockett, 23–42. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Moreno, Isidoro. 2011. “Los papeles posibles de la antropología en tiempos de glocalización.” *Revista Andaluza de Antropología* 1: 2–25.

Morsy, Soheir A. 1995. “Deadly reproduction among Egyptian women: maternal mortality and the medicalization of population control.” En *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*, editado por Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp, 162–76. Berkeley: University of California Press.

Moscucci, Ornella. 2003. “Holistic obstetrics: the origins of ‘natural childbirth’ in Britain.” *Postgraduate Medical Journal* 79: 168–73.

Narotzky, Susana. 1995. *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

———. 2011. “Las antropologías hegemónicas y las antropologías del sur: el caso de España.” *Revista Andaluza de Antropología* 1: 26–40.

Nguyen, Vinh-Kim. 2006. “Attivismo, farmaci antiretrovirali e riplasmazione del sé come forme di cittadinanza biopolitica.” *Antropologia* 6 (8): 71–92.

Nuñez Zamora, Patricia. 2011. “El dolor en el parto: significados, experiencias y resistencias.” En *XII Congreso de Antropología. Lugares, tiempos, memorias. La antropología ibérica en el siglo XXI*. León: F.A.E.E.

———. 2013. “Narrativas sobre los dolores del parto: discursos biomédicos y experiencias.” En *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*, editado por Àngel Martínez-Hernández, Lina Masana, y Susan M. DiGiacomo, 341–55. Tarragona: URV.

O’Neil, John D., y Patricia Leyland Kaufert. 1995. “Irniktakpunga! Sex determination and the Inuit struggle for birthing rights in Northern Canada.” En *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*, editado por Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp, 59–73. Berkeley: University of California Press.

Oakley, Ann. 1979. “A case of maternity: paradigms of women as maternity cases.” *Signs, the labor of women: work and family* 4 (4): 607–31.

Odent, Michel. 1984. *Nacimiento renacido*. Buenos Aires: Errepar.

———. 2001. *La científicación del amor. El amor en la ciencia*. Buenos Aires: Creavida. [1999]

———. 2006. *La cesárea. ¿Problema o solución?* Barcelona: La Liebre de Marzo. [2004].

———. 2008. *Ecología prenatal*. Buenos Aires: Creavida.

Olsen, Ole, y Jette A. Clausen. 2014. “Planned hospital birth versus planned home birth.” *Cochrane Database Syst Rev*. 9.

Orrù, Luisa. 1994. “Partorire in casa e partorire in ospedale. Testimonianze biografiche orali di

donne madri.” En *Il parto e la nascita in Sardegna. Tradizione, medicalizzazione, ospedalizzazione*, editado por Luisa Orrù y Fulvia Putzolu, 153–242. Cagliari: CUEC.

Ortiz Gómez, Teresa. 1992. “Luisa Rosado, una matrona en la España ilustrada.” *Dynamis* 12: 323–46.

———. 1996a. “Protomedicato y matronas. una relación al servicio de la cirugía.” *Dynamis* 16: 109–20.

———. 1996b. “La educación de las matronas en la Europa moderna. ¿Liberación o subordinación?” En *De leer a escribir. La educación de las mujeres: ¿libertad o subordinación?*, editado por Cristina Segura Graiño, 155–70. Madrid: Asociación Cultural Al-Mudayna.

———. 1999a. “Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del S. XIX.” *Arenal* 6 (1): 55–79.

———. 1999b. “De matrona a matrona: Francisca Iracheta y la divulgación de la ciencia obstétrica en España en 1870.” *Arenal* 6 (1): 183–95.

———. 1999c. “Feminismo, ciencias naturales y biomédicas: debates, encuentros y desencuentros.” *La Aljaba* 4.

———. 2001. “Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en la España ilustrada.” En *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, editado por Montserrat Cabré y Teresa Ortiz, 165–213. Barcelona: Icaria.

———. 2006. *Medicina, historia y género : 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK.

Ortiz Gómez, Teresa, Carmen Quesada Ochoa, y Mikel Astrain Galart. 1995. “Profesionales de la salud en la Almería del siglo XVIII, según el Catastro de Ensenada.” En *Andalucía Moderna (I). Actas Del II Congreso de Historia de Andalucía, Córdoba, 1991.*, 511–20. Córdoba: Publicaciones de la Consejería de Cultura de la Junta de Andalucía.

Ortner, Sherry B. 1972. “Is Female to Male as Nature is to Culture?” *Feminist Studies* 1 (2): 5–31.

———. 1990 “Gender Hegemonies.” *Cultural Critique*, no. 14: 35–80.

Pancino, Claudia. 2003. *Storia sociale. Metodi esempi strumenti*. Venezia: Marsilio.

Pandolfi, Mariella. 1991. *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio campano*. Milano: Franco Angeli.

———. 1996. “Il corpo nomade.” En *Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, editado por Mariella Pandolfi. Roma: Meltemi.

———. 2003. “Le arene politiche del corpo.” *Antropologia* 3 (3): 141–54.

Pearce, Tola Olu. 1995. “Women’s reproductive practices and biomedicine: Cultural conflict and transformations in Nigeria.” En *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*, editado por Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp, 195–208. Berkeley: University of California Press.

Perdiguero, Enrique, Josep M. Comelles, y Antón Erkoreka. 2000. “Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000).” En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, 353–446. Barcelona: Bellaterra.

Pérez Orozco, Amaia. 2011. “Crisis multidimensional y sostenibilidad de la vida.” *Investigaciones Feministas* 2: 29–53.

———. 2013. “La sostenibilidad de la vida en el centro... ¿y eso qué significa?”, *IV Congreso Economía Feminista*, 1–32. Sevilla: UPO.

Petchesky, Rosalind Pollack. 1995. “The body as property: a feminist re-vision.” En *Conceiving the*

new world order: the global politics of reproduction, editado por Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp, 387–406. Berkeley: University of California Press.

Pizza, Giovanni. 1997. “Corpi e antropologia: l’irriducibile naturalezza della cultura.” *Aperture. Punti di vista a tema* 3: 45–52.

———. 2005a. *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci

———. 2005b. “Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, ‘capacidad de actuar’ (agency) y transformaciones de la persona.” *Revista de Antropología Social* 14: 15–32.

Ploquin, Max. 1988. “Entrevista a Max Ploquin.” *Integral*, 152–60.

Pomata, Gianna. 2001. “Entre el cielo y la tierra. Las sanadoras de Bolonia en el siglo XVI.” En *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, editado por Montserrat Cabré y Teresa Ortiz, 115–39. Barcelona: Icaria.

Preciado, Beatriz. 2008. *Testo yonqui*. Madrid: Espasa.

Press, Irwin. 1980. “Medicina popular versus medicina científica en Sevilla.” En *La Antropología médica en España*, editado por Michael Kenny y Jesús M. de Miguel, Anagrama, 149–66. Barcelona.

Quaranta, Ivo. 1999. “Costruzione e negoziazione sociale di una sindrome: un’indagine antropologica sul contenzioso intorno alla CFS nel Regno Unito.” *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica* 7/8: 129–72.

———. 2006. “Introduzione.” *Antropologia* 6 (8): 5–15.

Quaranta, Ivo (ed.). 2006. *Antropologia medica. I Testi Fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina.

Quattrocchi, Patrizia. 2010. “I mille volti della sobada. Saperi reproductivos e prácticas de resistencia nello Yucatan contemporaneo (Messico).” *Annuario di Antropologia*, 12: 83–118.

Raniso, Gianfranca. 2012. “Corpo femminile e medicalizzazione.” En *Le Parole dell’antropologia medica. Piccolo dizionario*, editado por Donatella Cozzi, 67–68. Perugia: Morlacchi Editore.

Rapp, Rayna. 1998. “Refusing prenatal diagnosis: the meanings of bioscience in a multicultural world.” *Science, Technology, & Human Values* 23 (1): 45–70.

———. 2001. “Gender, body, biomedicine: how some feminist concerns dragged reproduction to the center of social theory.” *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 15 (4): 466–77.

Recio Alcaide, Adela. 2015. “La atención al parto en España: cifras para reflexionar sobre un problema.” *Dilemata* año 7 (18): 13–26.

Regalia, Anita, y Giovanna Bestetti. 2010. “La via chirurgica alla nascita: il caso Italia.” *Annuario di Antropologia* 12: 119–45.

Rhodes, Maxine. 2001. “Saber y práctica de la matronería en Gran Bretaña, 1936-1950.” En *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, editado por Montserrat Cabré y Teresa Ortiz, 189–213. Barcelona: Icaria.

Rich, Adrienne. 1996. *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Cátedra.

- Rivkin-Fish, Michele. 2010. "Pronatalism, gender politics, and the renewal of family support in Russia: toward a feminist anthropology of 'maternity capital.'" *Slavic Review* 69 (3): 701–24.
- Robles, Elena, Enrique Perdiguero, y Josep Bernabeu. 2000. "De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales desde la demografía y la epidemiología históricas." En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, 45–53. Barcelona: Bellaterra.
- Roca i Girona, Jordi. 2003. "Esposa y madre a la vez : construcción y negociación del modelo ideal de mujer bajo el (primer) franquismo". En *Mujeres y hombres en la España franquista : sociedad, economía, política, cultura*, editado por Gloria Nielfa Cristóbal, 45–66. Madrid: Editorial Complutense.
- Rodrigáñez Bustos, Casilda. 2006. "El matricidio y la represión del deseo materno a la luz de la neurobiología y de la investigación clínica neonatal." En *Maternidad entrañable y gozosa*, 53–82. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- . 2010. *El asalto al hades: la rebelión de Edipo*. (<https://sites.google.com/site/casildarodriganez/libro-el-asalto-al-hades-edicion-2010>)
- Rodríguez Rozalén, María Angeles. 1999. *Manual práctico para matronas*. Madrid: Arán.
- Rosaldo, Michelle Zimbalist. 1979. "Mujer, cultura y sociedad: una visión teórica". En *Antropología y feminismo*, editado por Olivia Harris y Kate Young, 153–180. Barcelona: Anagrama. [1974]
- Rose, Nikolas. 2008. *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività Nel XXI Secolo*. Torino: Piccola Biblioteca Einaudi. [2007].
- Ruiz Vélez-Frías, Consuelo. 1992. "Consuelo Ruiz Velez-Frias. Una docena de casualidades." *Matronas Hoy* 2.
- . 2000. "I Congreso Internacional de parto y nacimiento en casa." *Diàlegs Des de Acuario* 9 (1).
- . 2008. *Cartilla para aprender a dar a luz*. Madrid: Talasa. [1998].
- . 2009. *Parir sin miedo*. Tegueste: Obstare.
- Ruiz-Berdún, Dolores, y Alberto Gomis. 2014. "La matrona y el seguro de maternidad durante la segunda república (1931-1936)." *Matronas Profesión* 15 (3): 76–84.
- Ruiz-Callado, Raúl, Fidel Romero-Salord, y Alicia Fontanillo-Garrote. 2012. "Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1995 y 2009 según ocurrieran en domicilio particular o en centro sanitario." *Enfermería Comunitaria (rev. Digital)* 8 (1). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7773.php>
- Sargent, Carolyn, y Arthur J. Rubel. 1976. "Selected literature on the utilization of indigenous midwives in health delivery systems." *Medical Anthropology Newsletter* 7 (2): 13–16.
- Sau, Victoria. 2004. *El vacío de la maternidad. Madre no hay más que ninguna*. Barcelona: Icaria.
- Scheper-Hughes, Nancy. 1997. *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- . 2000. "Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso una antropologia medica critica." En *L'antropologia culturale oggi*, editado por Robert Borofsky, 281–92. Roma: Meltemi.

Schirripa, Pino. 2012. "Sistema medico. campo político, instituciones sanitarias e procesos de medicalización tra hegemonía e resistencia." En *Le parole dell'antropología médica. Piccolo Dizionario*, 269–84. Perugia: Morlacchi Editore.

Schirripa, Pino, y Pietro Vulpiani. 2000. *L'ambulatorio del guaritore. forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e Nelle Americhe*. Lecce: Argo.

Schneider, Peter, y Jane Shneider. 1995. "Coitus interruptus and family respectability in catholic Europe: A Sicilian case study." En *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*, editado por Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp, 177–94. Berkeley: University of California Press.

Scott, Joan 1990 "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, editado por James S. Amelang, y Mary Nash, 23-56. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim.

Segura Graíño, Cristina. 1996. "Introducción." En *De Leer a Escribir. La Educación de Las Mujeres: ¿Libertad o Subordinación?*, editado por Cristina Segura Graíño, 5–8. Madrid: Al-Mudayna.

Seppilli, Tullio. 2000. "De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación." En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, editado por Josep M. Comelles y Enrique Perdiguero, 33–44. Barcelona: Bellaterra.

Sesia, Paola M. 1996. "'Women come here on their own when they need to': prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca." *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 10 (2): 121–40.

Sheridan, Bridgette. 2001. "De parto: la medicina, el estado moderno y la matrona real Louis Bourgeois (Francia, Siglo XVII)." En *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*, editado por Montserrat Cabré y Teresa Ortiz, 143–64. Barcelona: Icaria.

Spencer Freeze, Rixa Ann. 2010. "Attitudes towards home birth in the USA." *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 5 (3): 283–99.

Spivak, Gayatri Chakravorty. 2004. *Critica della ragione postcoloniale. Verso una storia del presente in dissolvenza*. Roma: Meltemi. [1999].

Stein, Eric A., y Marcia C. Inhorn. 2002. "Technologies of pregnancy and birth." *Feminist Studies* 28 (3): 611–22.

Stockett, Miranda K., y Pamela L. Geller. 2006. "Introduction: feminist anthropology: perspectives on our past, present, and future." En *Feminist anthropology. Past, present and future*, editado por Miranda K. Stockett y Pamela L. Geller, 1–19. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Stolcke, Verena. 2010. "Prólogo." En *Antropología, género, salud y atención*, 9–22. Barcelona: Bellaterra.

———. 2011. "Presentación Simposio Internacional '¿Naturaleza o cultura? Un debate necesario.'" *Quaderns*, 27: 5–10.

Stormer, Nathan. 2000. "Prenatal space." *Signs* 26 (1): 109–44.

- Taboada, Leonor. 2012. "Consuelo Catalá: una voz inconfundible del feminismo." *MyS. Mujeres y Salud* 33: 6–9.
- Taylor, Janelle S. 2000. "Of sonograms and baby prams: prenatal diagnosis, pregnancy, and consumption." *Feminist Studies* 26 (2): 391–418.
- . 2004. "Big ideas: feminist ethnographies of reproduction." *American Ethnologist* 31 (1).
- Terman, Elly. 2003. "The medicalization of 'nature' in the 'artificial body': surrogate motherhood in Israel." *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 17 (1): 78–98.
- Terré Rull, Carmen. 1997. "La matrona en España. historia de una profesión." En *Comadronas en la historia y en la sociedad*, 373–83. Barcelona: Masson.
- The Boston Women's Health Book Collective. 2000. *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Un libro escrito por y para las mujeres*. Barcelona: Plaza y Janes Editores
- Towler, Jean, y Joan Bramall. 1997. *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson.
- Triolo, Nancy. 1994. "Fascist unionization and the professionalization of midwives in Italy: a Sicilian case study." *Medical Anthropology Quarterly, New Series* 8 (3): 259–81.
- Triuzzi, Serena. en prensa. "La atención domiciliaria al parto en Andalucía. Visiones y versiones". *Anthropos* 112 (1).
- Umenai, T., Wagner, M., Page, L., Faundes, A., Rattner, D., Dias, M., Tyrrell, M., Hotimsky S., Haneda, K., Onuki, D., Mori, T., Sadamori, T., Fujiwara, M., Kikuchi, S. 2001. "Conference agreement on the definition of humanization and humanized care." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75: S3–4.
- Uribe Oyarbide, José María. 1996. *Educación y curar. El diálogo cultural en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Cultura, Dirección General de Bellas Artes y de Conservación y Restauración de Bienes Culturales.
- . 2009. "El peligro del riesgo. Hacia una antropología de los riesgos". En *Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados*, editado por María Antonia Martorell, Josep M. Comelles, y Mariola Bernal, 141–162. Barcelona: Icaria.
- Uribe Oyarbide, José María, y Enrique Perdiguero-Gil. 2014. "Preámbulo". En *Antropología Médica en la Europa meridional. 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*. Tarragona: URV.
- Valderrama, María José. 2013. "La escucha del sufrimiento en la relación clínica." En *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*, editado por Àngel Martínez-Hernández, Lina Masana, y Susan M. DiGiacomo, 265–82. Tarragona.
- Valiente Fernández, Celia. 2003. "Las políticas para las mujeres trabajadoras durante el franquismo". En *Mujeres y hombres en la España franquista: sociedad, economía, política, cultura*, editado por Gloria Nielfa Cristóbal, 145-178. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas, Universidad Complutense de Madrid.
- Valle Racero, José Ignacio. 2002. "El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957." *Matronas Profesión* 9: 28–35.

- Valls-Llobet, Carme. 2010. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Vidal, Ana María, y Isabel Villena. 2002. “Cuando la vida nos lleva la contraria” *Ob Stare* 5: 46–49.
- Villarme Requejo, Stella, y Francisca Fernández Guillén. 2012. “Sujetos de pleno derecho. El nacimiento como tema filosófico.” En *Cuerpos y Diferencias*, 103–27. Madrid: Plaza y Valdés.
- Villarme, Stella, Ibone Olza, y Adela Recio. 2015. “El parto es nuestro: el impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España.” *Dilemata* año 7 (18): 157–83.
- Villena Toledo, Isabel. 2001. “Comadronas, co-madres, complicés.” *Ob Stare* 1: 55–59.
- Vuille, Marilène. 2010. “Demedicalizzare la nascita? Considerazioni storico-sociali su un’espressione polisémica.” *Annuario Di Antropologia*, no. 12.
- Wagner, Marsden. 2001a. “Fish can’t see water: the need to humanize birth.” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75: S25–37.
- . 2001b. “El control activo del parto.” *Ob Stare* 1: 13–17.
- . 2002. “Que los árboles no te impidan ver el bosque: la necesidad de humanizar el nacimiento.” *Ob Stare* 5: 41–43.
- Wall, Lewis L. 1995. “The anthropologist as obstetrician: childbirth observed and childbirth experienced.” *Anthropology Today* 11 (6): 12–15.
- Walrath, Diana. 2006. “Gender, genes, and the evolution of human birth.” En *Feminist Anthropology. Past, present and future*, editado por Pamela L. Geller y Miranda K. Stockett, 55–70. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Wax, Joseph R., Michael G. Pinette, Angelina Cartin, y Jacquelyn Blackstone. 2010. “Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births.” *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 202 (2): 152.e1-5.
- Wax, Joseph R., F. Lee Lucas, Maryanne Lamont, Michael G. Pinette, Angelina Cartin, y Jacquelyn Blackstone. 2010. “Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: A metaanalysis”. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 203(3): 243.e1-243.e8.
- Weiner, Annette B. 1995. “Reassessing reproduction in social theory.” En *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*, editado por Faye D. Ginsburg y Rayna Rapp, 407–24. Berkeley: University of California Press.
- Wiegers, T A, M.J.N.C. Keirse, J van der Zee, y G A H Berghs. 1996. “Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands.” *British Medical Journal* 313 (7068).

Otras fuentes

Principales estrategias, guías e informes mencionados

“1er Plan estratégico para la igualdad de mujeres y hombres en Andalucía 2010/2013.” 2010.

Instituto Andaluz de La Mujer, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

“Buenas prácticas en atención perinatal: Proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía.” 2008. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

“Cuidados en el parto normal: una guía práctica”. 1996. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

“Declaración de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) sobre competencias profesionales de las matronas.” 2009. FAME

“Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado.” 2005. Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

“Embarazo, parto y puerperio. Recomendaciones para madres y padres”. 2006. Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

“Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.” 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.

“Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva.” 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.

“European perinatal health report: health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010”. 2013. Euro-Peristat.

“Guía de asistencia del parto en casa.” 2010. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.

“Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio.” 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales – Junta de Andalucía.

“Indicadores de salud 2013. Evolución de los Indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea.” 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

“Informe sobre competencias de matronas y tareas que realizan las doulas.” 2015. Consejo General de Enfermería.

“Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud”. 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Observatorio de Salud de las Mujeres.

“Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso”. 2007. FAME

“Plan de parto y nacimiento sistema sanitario público de Andalucía”. 2009. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

“Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía.” 2010. Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

“Posicionamiento de la FAME sobre la atención al parto en casa”. 2015. FAME

“Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza”. 1985. World Health

Organization. Traducción ACPAM, de *The Lancet* 2: 436–37.

“Recomendaciones sobre la asistencia al parto.” 2008. SEGO.

“Trends in maternal mortality: 1990 to 2015.” 2015. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.

Principales aspectos normativos comentados

Decreto 101/1995, de 18 abril. BOJA. Junta de Andalucía 17 de mayo de 1995. Determina los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario.

Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, de 1973.

Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857 (Ley Moyano).

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Orden SAS/1349/2009, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Boletín Oficial Del Estado, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Real Orden de 21 de Noviembre de 1861, en la que se definen los requisitos para acceder al título de matrona.