

LA POPULARIZACIÓN DE LA FORMACIÓN PRENATAL Y EL PLAN DE PARTO EN BARCELONA O DE CÓMO Y CUÁNDO SE ACTIVA EL EJERCICIO EMPÍRICO DE LOS ROLES PARENTALES

Sarah Lázare Boix

sarah.lazareb@gmail.com

Universitat Autònoma de Barcelona

1. El nacimiento en el siglo XXI

El cambio de milenio ha comportado un giro significativo en la manera de concebir el nacimiento. Es el resultado de un proceso que desde los años sesenta hasta finales del siglo XX fue gestándose cada vez con más fuerza en el seno del tejido social, sobre todo, en las sociedades modernas, occidentales y capitalistas. Los últimos cuarenta años del siglo pasado muestran cómo el mito positivista, caracterizado por una confianza absoluta que los ciudadanos del siglo XIX depositaron en la ciencia y la tecnología, empieza a resquebrajarse. La medicalización de la vida, a la manera en que Margarita López la formula (s.a.), empieza a percibirse como una contrariedad y no como una ventaja en el imaginario colectivo. A medida que se van sucediendo los años setenta, los ochenta y los noventa, la problematización de la presencia abusiva de la ciencia en la vida de las personas, que además actúa como factor de presión y dominio sobre ellos, se va perfilando con mayor número de argumentos y evidencias.

Dentro de este marco, es particularmente interesante cómo estas nuevas perspectivas ponen el punto de partida a un proceso de deconstrucción del embarazo y el parto, que se va volviendo cada vez más crítico con la idea de que sean pensados como una enfermedad. Se va configurando así una conciencia social que, animada por las voces feministas, ve la necesidad de devolver la gestación, el parto y el postparto al plano de la normalidad y de repensar estos procesos fuera de la lógica patologizante de la Biomedicina. Es el principio del fin del poder hegemónico de los médicos sobre estos episodios de la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

Los primeros enunciados sobre nuevas estrategias de asistencia al nacimiento aparecieron de la mano de la Organización Mundial de la Salud y no se edificaron en modo alguno de espaldas al saber médico. Más bien todo lo contrario. La Declaración

de Fortaleza promulgada por la OMS a partir de 1985 tuvo como precedente una conferencia que reunió a especialistas de un buen número distinto de disciplinas con la meta de revisar en profundidad todos los saberes, científicos pero un sentido amplio del término, y conseguir un consenso unánime sobre hacia dónde parecía necesario reconducir la atención del parto. El resultado, basado en la evidencia científica disponible hasta el momento, está recogido en el contenido de la declaración, y fue precisamente en base a sus fundamentos que se concluyó:

«Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.» (OMS, 1985: 1)

Este texto, que podemos considerar como inaugural en el campo de la humanización del nacimiento, ya señalaba, no obstante, que los cambios para mejorar los servicios de asistencia materno-infantil requerían de tal honda reforma que su reconfiguración se preveía lenta. Y así fue, porque si bien la filosofía sanitaria de humanizar el parto fue consolidándose en las últimas décadas del pasado siglo, lo hizo más bien desde el punto de vista teórico. Cabría esperar a traspasar el nuevo milenio para que comenzaran a percibirse cambios estructurales, reales, en la maquinaria médica.

Gradual y pausadamente, empero, las reformas fueron materializándose con la entrada en el siglo XXI en forma de iniciativas con proyección a distintas escalas: internacional, nacional y/o localmente. Esta etapa de tránsito, en la que los paradigmas antiguos y los nuevos se superponían en la realidad cotidiana fue ilustrada acertadamente por Mersden Wagner cuando escribió:

«Hoy en día hay tres tipos de asistencia a la maternidad: la asistencia con alta tecnología muy medicalizada, centrada en el médico; la que proporcionan las matronas, marginada, por ejemplo, en Estados Unidos, Irlanda, Rusia, la República Checa, Francia Bélgica o Brasil, con el modelo de aproximación predominantemente social con comadronas fuertes y más autónomas y una menor tasa de intervención que podemos encontrar, por ejemplo, en Holanda, Nueva Zelanda y los países escandinavos; y una mezcla de ambas formas de ver la maternidad, como ocurre en los países como el Reino Unido, Canadá, Alemania, Japón, Australia y España.» (Wagner, 2000: 7)

Como reflejo de lo que estaba sucediendo a nivel mundial y, por una razón de cercanía, en Europa, el estado español vivió entre el 2000 y el 2010 un periodo verdaderamente prolífico en lo que respecta a la producción de nuevas estrategias para el abordaje de la salud materna e infantil. Bajo el paraguas de una nueva táctica nacional que promocionaba la atención del parto normal (Ministerio de Sanidad, 2007), fisiológico y de bajo riesgo, han ido emergiendo toda una serie de protocolos nuevos, guías prácticas y compilaciones de recomendaciones. En este mismo periodo temporal, la panorámica en Cataluña sigue un patrón parecido, si bien es cierto que en su caso el aumento de producción de literatura médica se sitúa un poco antes en la cronología. El caso catalán presenta, además, dos particularidades interesantes. La primera es que, además de los textos nacidos de las instituciones sanitarias, la Generalitat aprobó en 2008 un acuerdo de gobierno específico en el que se convenía la promoción del parto normal así como su compromiso de crear acciones específicas para su promulgación (Generalitat de Catalunya, Departament de la Presidència, 2008). La segunda tiene que ver con la publicación de la *Guia d'assistència del part a casa*¹ por parte del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, que fue pionera en todo el país por ser la primera que aportaba consensos en cuanto a la práctica profesional de las comadronas independientes especializadas en la atención concreta del parto domiciliario (Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2010).

2. Cambios y continuidades en Barcelona

En el transcurso de estos años, Barcelona ha experimentado un volumen importante de reformas en sus servicios de salud intrínsecamente relacionado con los cambios antes mencionados en Cataluña, el estado español, en Europa y en el marco internacional. No obstante, la capital catalana ha registrado una evolución con personalidad propia configurada por micro procesos que ayudan a captar no sólo hacia dónde se dirigen las tendencias en cuanto a la asistencia sanitaria del parto, sino sobre todo a comprender cuán diversificada es la oferta de atención al nacimiento en esta ciudad, lo que supone en sí mismo un elemento de diferenciación.

¹ Traducción: *Guía de asistencia del parto en casa*.

Podemos establecer que son tres las realidades que conviven en Barcelona en cuanto al parto, las cuales pueden dividirse entre las que se dan en el escenario de la sanidad pública y las que atañen al dominio de la sanidad privada:

- **Dominio de la sanidad pública**

1. Los hospitales públicos de Barcelona muestran evoluciones desiguales en cuanto al establecimiento de medidas para promocionar la normalización del parto como episodio fisiológico y no patológico de la salud femenina. Mientras que algunos han integrado medidas a través de la creación de proyectos específicos, en otros los cambios están empezando tímidamente a darse, a excepción de aquellos en los que no hay perspectivas todavía de desarrollar tácticas concretas para tal efecto. El Programa MARE (Maternidad Respetada – parto natural y seguro)² del Hospital infantil Sant Joan de Déu puesto en marcha en 2010 y el Programa PART (Programa de Atención y Respeto al Parto Hospitalario)³ presentado por el Hospital Clínic de Barcelona en 2011 son ejemplos destacados de maternidades en donde se ha activado el cambio, aunque cabe señalar que el hecho de que, aunque en algunos hospitales no se hayan elaborado documentos escritos al respecto, no significa que no estén proporcionando una atención menos intervencionista y centrada en el parto normal. Éste es el caso, por ejemplo, del Hospital de Sant Pau, que convencido de que sus prácticas siempre han tendido hacia una asistencia más humanizada del parto y no tan tecnócrata, no han visto la necesidad de crear un protocolo específico para regular sus procedimientos.

- **Dominio de la sanidad privada**

2. Las clínicas privadas de Barcelona no han sido ajena a todos estos acontecimientos, y si bien muchas de ellas cuentan con recursos tales como la bañera obstétrica, que en los últimos años ha ganado protagonismo como elemento para conseguir aliviar el dolor de las contracciones sin tener que hacer uso de la farmacopea, no se ha registrado una transformación generalizada de sus protocolos de actuación que, por lo menos, haya tomado la fuerza de un programa o protocolo independiente. No obstante, sí se ha detectado que las campañas publicitarias lanzadas por las clínicas privadas barcelonesas han ido tendiendo a presentarse como centros sensibilizados con la humanización del

² Traducción propia. El nombre original es MARE (Maternitat Respectada – part natural i segur). ‘Mare’ significa ‘madre’ en catalán.

³ Traducción propia. El protocolo lleva el nombre original de PART (Programa d’Atenció i Respecte al Parto Hospitalari).

nacimiento. Sus tasas de cesáreas y episiotomías, sin embargo, siguen siendo más elevadas, incluso por encima de las más altas de los hospitales públicos, lo que hace suponer que el parto altamente medicalizado sigue localizándose en este tipo de localizaciones sanitarias en donde, además, la programación agendada de cesáreas desligadas de justificación médica suele ser una práctica habitual que diverge sobremanera de los principios médicos sobre los que se levanta la asistencia humanizada al parto. Resulta entonces más conveniente resaltar que en las clínicas privadas barcelonesas, algunos procedimientos de atención para normalizar el alumbramiento conviven con otros vinculados a una praxis mucho más medicalizadora e intervencionista. Las experiencias tan diferentes de las madres, familias y profesionales con quienes trabajo en mi investigación apuntan a que la manera en que los partos que son atendidos en esta esfera de la sanidad privada tiene más que ver con la filosofía del profesional concreto que los atiende y no tanto con las inclinaciones asistenciales y terapéuticas de las clínicas.

3. Los centros de salud familiar en los que desde hace veinte y treinta años se ha concentrado la asistencia al parto en casa y las actividades profesionales de las comadronas especialistas en este tipo de atención han experimentado un crecimiento relevante que coincide con un aumento importante de usuarios. Traspasada la primera década del siglo XXI, se han consolidado en Barcelona como los espacios por excelencia en los que está prácticamente asegurada la preservación del proceso fisiológico del parto y la atención personalizada, en las que las matronas tienen un rol protagónico muy definido. La filosofía asistencial que comparten estas profesionales deja entrever un mínimo común denominador comprometido, sensible y activista con la necesidad de despatologizar el nacimiento y volver a colocar a la mujer embarazada y a sus propias decisiones en el punto de partida de la atención sanitaria. La cooperativa Titània-Tascó, Néixer a Casa, el centro se salud Marenostrum y la Casa de Naixements Migjorn son ejemplos claros de esta modalidad asistencial.

Recuperando los paradigmas del nacimiento que la antropóloga norteamericana Robbie Davis-Floyd ha definido (Davis-Floyd, 2001), podemos poner en relación estas tres realidades, según el orden en que se han presentado arriba, con el modelo humanístico, tecnocrático y holístico respectivamente.

3. La expansión de la educación prenatal

Los procesos de humanización del nacimiento, como hemos visto, muestran trayectorias y estrategias múltiples y diversas. No obstante, existen factores que apuntan a que el embarazo y el parto han empezado a normalizarse en la conciencia colectiva de las usuarias y usuarios de los distintos servicios de salud.

En el periodo temporal que se dio entre el año 2000 y el 2010, la demanda en Cataluña de partos fisiológicos, lo menos intervenidos médicaamente posible, se ha visto cada vez más incrementada (Generalitat de Catalunya, Departament de la Presidència, 2008; Col·legi Oficial d’Infermeria de Barcelona, 2010)⁴. La preferencia por la asistencia al parto natural de las madres, apoyadas por sus parejas (cuando las tienen) va en aumento:

« [...] las mujeres piden más calidad en la atención del parto y una atención más personalizada que tenga en cuenta la privacidad y supere la medicalización creciente de un procedimiento que, lejos de ser patológico, debería ser natural y gozoso.

En general, las mujeres quieren tener unas condiciones dentro del sistema sanitario que acerquen los procesos fisiológicos a la atención más personalizada. Quieren tener más participación en la toma de decisiones de estos procesos y consensuales con el equipo de profesionales.»⁵ (Departament de Salut, 2007: 4)

La adecuación a esta nueva modalidad de atención a la salud de las embarazadas podría explicar el surgimiento en Barcelona de dos fenómenos colindantes: por una parte, el de la expansión de la formación preparto y, por la otra, la popularización gradual del uso del plan de parto.

La educación prenatal, del modo en que la conocemos en las sociedades occidentales, es una cuestión originariamente vinculada al proceso de medicalización y tecnificación del parto, que se dio sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX, cuando el nacimiento, que mayoritariamente producía en el hogar de la parturienta y que solía estar asistido por comadronas y mujeres parientes, se instaló en el hospital, pasando a ser gestionado por profesionales médicos y bajo una lógica de evitación de riesgos que, según parece, consiguió reducir la mortalidad perinatal (Zwellin, 2008; Belli, 2013). En

⁴ Autores como López y María (2011) han llamado la atención sobre que relacionar bidireccionalmente la humanización del nacimiento con el incremento de la práctica del parto natural es problemático, ya que no es ésta la única vía con la que conseguir un nacimiento respetado y digno para las mujeres y sus hijos e hijas. No tengo discrepancias con esta matización y, de hecho, la comparto, pero en este punto del texto estoy refiriéndome sólo a las expectativas anteriores del parto y no a cómo se suceden finalmente en la realidad.

⁵ Traducción propia realizada por la autora.

aquel motivo, su principal razón de ser era instruir a las madres en las prácticas de higiene y cuidado más óptimas para asegurar al máximo posible la evitación de infecciones y otras problemáticas que pudieran provocar dificultades para ellas y sus hijos e hijas durante el embarazo, en el parto o en el puerperio.

La formación preparto a la que aquí voy a hacer referencia es una fórmula más sofisticada y ampliada, resultado de la progresión que ésta ha experimentado hasta el presente. La preparación al parto de nuestro tiempo, generalmente, suele tomar la forma de curso, pero no sólo, ya que existen reuniones y talleres en los que en una sola sesión se trata una cuestión o temática determinada, y que también se pueden considerar dentro del marco de la formación prenatal. Los cursos y sesiones preparto están dirigidos a las madres y sus parejas, pero en caso en que no la tengan, suele recomendarse que sea la persona que acompañará a la madre en el parto quien acuda con ella a los encuentros, a pesar de que hay mujeres a quienes apetece más acudir sin acompañante alguno. Sea como sea, la educación prenatal está basada en la idea primordial de otorgar a los padres un conjunto de informaciones que, se espera, pueda clarificar sus dudas y resultar de apoyo en el tránsito de convertirse en madres y padres.

Lejos de centrar su atención exclusivamente en prevenir riesgos, tal y como sucedía antes, los programas de preparto cuentan actualmente con contenidos mucho más amplios y diversificados, y aunque no son siempre los mismos, hay toda una serie de temáticas que suelen estar contempladas: la vivencia del embarazo y las transformaciones corporales que comporta, la elección del lugar dónde se va a dar el nacimiento, estrategias para gestionar el trabajo de parto y saber cuándo es apropiado trasladarse hasta el hospital (cuando se ha optado por el parto en el entorno hospitalario) o cuál es el momento preciso en que hace falta llamar a las comadronas (cuando el parto se va a dar en el hogar), cuidados básicos del postparto, aspectos vinculados a los trámites de registro del nuevo hijo o hija o la baja laboral por maternidad o paternidad, conocimientos relacionados con la lactancia materna y la alimentación infantil y nociones básicas sobre la crianza, sobre todo, durante los dos primeros años de vida.

Los cursos y sesiones prenatales, además de proporcionar información y ocuparse de aspectos psicológicos ligados a la maternidad y la paternidad como experiencia humana, cada vez dejan más espacio a la preparación física. La demanda ascendente de mujeres que desean tener un parto natural, si las condiciones de bajo riesgo así lo permiten, ha comportado la creación de espacios en donde la formación prenatal está dirigida especialmente a encarar este tipo de parto. En la medida en que la fisiología normal del

parto está cimentada en principios como el movimiento o el control de la respiración, las mujeres y sus parejas aprenden toda una serie de técnicas corporales (ejercicios, respiraciones, posturas, masajes, gimnasias, remedios no farmacológicos de alivio del dolor de las contracciones, como el agua o la ducha, etc.) que, llegado el instante en que se dé el comienzo del nacimiento, puedan poner en práctica para ir superando las distintas fases de la dilatación y, después, el momento del expulsivo. Conocer de cerca las partes de la anatomía femenina que son las protagonistas durante el proceso del alumbramiento y cómo se activan para ayudar al bebé a transitar por el interior del cuerpo materno se presenta como relevante porque comprendiéndolo así, la mujer, con ayuda de su pareja y la de las comadronas cuando convenga, puede saber qué hacer para beneficiar el progreso del parto y pueda activar, bajo su propia decisión, el itinerario corporal (o itinerarios) que le sea más operativo y útil.

Los discursos y enfoques que se dan en estos espacios de intercambio entre profesionales y progenitores suelen ser diversos y varían según las preferencias y la ideología personal de quienes las imparten. De lo que no cabe duda, sin embargo, es que aquello que es transmitido en la formación prenatal a las futuras madres y futuros padres influye, bien porque lo integran o porque les descartan, en las decisiones que acaban tomando relativas al nacimiento de sus bebés y en cómo se tejen en sus imaginarios las expectativas del parto y la administración de los cuidados (Sargent y Stark, 2014). La satisfacción final de la experiencia del alumbramiento también acabará regulándose de acuerdo a estos criterios.

Pero, ¿quiénes son exactamente las personas que dan las clases de preparto y dónde se imparten? En Barcelona, las comadronas tituladas tienen un papel importante en la formación prenatal, pero en los últimos cinco años, este protagonismo se ha ido igualando con el de las doulas, cuya presencia ha aumentado notablemente en el contexto de la asistencia psicoemocional de las parturientas. Las doulas son mujeres encomendadas a ofrecer apoyo tanto físico como emocional a las mujeres embarazadas y a sus familias; suelen ser madres y, a veces, son también consultoras de lactancia. Aunque la titulación de doula no tiene carácter oficial, la oferta de formación para convertirse en doula se ha multiplicado de manera muy significativa en Barcelona.

En la capital catalana, muchos centros de atención primaria (CAP) ofrecen clases preparto gratuitas a cargo de matronas, pero existen multitud de centros de salud privados que también las ofrecen bajo pago. La mayoría de madres y parejas con quienes he estado trabajando a lo largo de mi investigación, combinan lo que les ofrece

la Seguridad Social en cuanto a formación prenatal con cursos de preparación privados, costeados por sí mismas. Se suma a ello, además, que una parte considerable de mis informantes realiza actividades o terapias que entienden como complementarias para afrontar el parto. Y es que uno de los elementos claves que destacan en la panorámica de Barcelona es que precisamente ha habido un auge importante de creación de empresas y negocios que ofrecen actividades que, desde un plano secundario, operan como apoyo de la preparación al parto y al nacimiento. Se engloban en este tipo de prácticas las clases de preparto en piscina, el yoga específico para embarazadas o terapias denominadas alternativas como la homeopatía o la acupuntura o, más recientemente, el hipnoparto.

Pero lo más significativo de todas estas cuestiones descansa en el hecho de que algunas instituciones sanitarias de Barcelona, tanto públicas como privadas, conscientes de todas estas dinámicas sociales, han comenzado tímidamente a integrarlas dentro de su propia cartera de servicios o, por lo menos, han establecido la permisividad de que las usuarias aporten estas herramientas y puedan utilizarlas dentro de sus instalaciones. En el Hospital infantil de Sant Joan de Déu, por ejemplo, la acupuntura y la técnica de la maxibustión es ofrecida a las gestantes para conseguir que el bebé se coloque en postura encefálica (con la cabeza apuntando hacia el canal uterino) o cuando, traspasada la semana 40 de gestación, se empiezan a buscar métodos no invasivos para provocar el inicio natural del parto y evitar de este modo la inducción artificial.

Está sucediendo algo parecido también con las doulas. Si bien es observable que en algunos sectores se ha creado cierta tensión profesional entre las comadronas y las doulas, debido el aumento de su presencia y a cierta sospecha de intrusismo, los hospitales parecen estar cada vez más receptivos a que sus equipos trabajen conjuntamente con ellas y permitan su acompañamiento a las embarazadas cuando la usuaria así lo estima. En el sector privado vinculado al parto en casa, comadronas y doulas llevan formando equipo conjunto desde hace bastantes años.

La consecución de todos estos hechos nos muestran que la educación prenatal ha evolucionado hacia la renovación de sus objetivos y la ampliación de metodologías para adaptarse a las nuevas demandas de las madres y los padres barceloneses.

4. La popularización del plan de parto en Barcelona

La utilización del plan de parto, dicho también plan de nacimiento, como se ha mencionado al inicio del anterior apartado, ha registrado un uso gradualmente ascendente por parte de las usuarias en Barcelona. Aunque ya escrutaremos más adelante sus particularidades, se puede decir que un plan de parto:

« [...] es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento.» (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2007: 3).

Autores como Pérez Ramos (s. a.) señalan con agudeza que la planificación del nacimiento la encontramos mucho tiempo atrás y que la planificación anticipada de la llegada de una nueva vida es un hecho cultural universalmente extendido. Tiene sentido que, si bien ninguna sociedad ha dejado en manos del azar el control de la reproducción de sus miembros, la programación de acciones para encarar el parto se haya iniciado prácticamente a la par que el propio nacimiento humano. Pese a ello, el plan de parto plasmado por escrito, en el formato en que ha llegado hasta nuestro tiempo, parece ser que empieza a utilizarse en las sociedades modernas entre los años setenta y ochenta del siglo XX, coincidiendo en el tiempo con las primeras voces críticas con el uso indiscriminado y sistemático de medicalización e intervención en los partos hospitalarios:

«The formal written birth plan was introduced by childbirth educators in an effort to help women avoid escalating interventions. » (Lothian, 2006: 296).

La literatura científica explica, no obstante, que el sentido del plan de parto trascendía al de esta perspectiva, y que ha sido visto largo tiempo como una herramienta eficaz que produce en las madres y sus parejas la necesidad de plantearse toda una serie de cuestiones relacionadas con los deseos, requerimientos y necesidades que pretenden para el nacimiento de sus hijos o hijas, y para formular y determinar cuáles son sus preferencias en cuanto a los cuidados de la embarazada durante la fase de dilatación, la del parto y , en la postparto inmediato, de la madre y del bebé. Se ha apreciado también útil en la medida en que puede ser entregado con tiempo a los profesionales médicos, evitando que los padres tengan que estar preocupados por comunicar sus predilecciones en el momento de hacer el ingreso en el hospital.

Pero los enfoques sobre la utilidad y la eficacia del plan de parto no han sido siempre interpretados desde una óptica tan positiva y en muchas ocasiones el debate sobre su utilización ha tomado niveles de gran controversia (Lothian, 2006; Kaufman, 2007). Es el de los médicos el sector que más crítico se ha mostrado con el uso de este documento. Arguyen que es frecuente que las mujeres que lo utilizan hagan requerimientos que no van en consonancia ni con la evidencia científica ni con las posibilidades reales en las que los profesionales ejercen su profesión en el día a día. Pero sobre todo, el sector médico ha percibido a menudo este documento como un medio en el que poner en duda sus criterios y valoraciones como especialistas, impidiéndoles incluso poder realizar su trabajo (Molina Fernández y Muñoz Sellés, 2010).

El proceso de normalización del parto que ha experimentado el estado español, con una evolución paralela en Cataluña y en Barcelona, ha convertido el plan de nacimiento en un instrumento imprescindible para asegurar el diálogo y la comunicación entre las usuarias y los sanitarios. Los nuevos protocolos, estudios y guías prácticas que se han producido en los últimos años lo toman en cuenta desde esta perspectiva y reservan a la planificación del nacimiento acciones concretas para fomentar su uso. El texto *Plan de Parto y Nacimiento* que publicó el gobierno español en 2007 se presentó justamente como un material complementario dentro de la propia *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional* (Ministerio de Sanidad, 2007).

En Barcelona, los hospitales públicos que han creado protocolos propios de asistencia al nacimiento han elaborado, al mismo tiempo, sus propios documentos de plan de parto, que han aprovechado también como instrumento para informar a las madres y sus parejas de las particularidades de sus propios programas, y de transmitirles así algunas condiciones que el hospital en cuestión ve como irrenunciables y a las que, por extensión, la madre y el padre deben acogerse en caso de que realmente deseen que el parto sea atendido en tal institución sanitaria. Si los hospitales tienen derecho a imponer a las madres y a sus parejas una serie de medidas contempladas en sus políticas de atención, poniendo por delante de sus preferencias y criterios los protocolos, es uno de los debates más activos entre mis informantes.

¿Sobre qué aspectos, entonces, pueden realmente decidir las usuarias de los servicios de salud y sus parejas? Determinar quiénes serán sus acompañantes personales durante el proceso, describir sus preferencias en cuanto a los métodos disponibles de alivio del dolor, establecer deseos relacionados con el uso de la ropa, la música, la luz o la temperatura, siempre que sea posible o señalar su voluntad frente al uso o no de la

analgesia epidural o la inyección de fármacos para acelerar las contracciones con algunos ejemplos.

Algunos hospitales, como en el caso del Hospital infantil de Sant Joan de Déu, han creado un sistema en el que todas las embarazadas realizan una reunión privada con alguna de las matronas del equipo con el objetivo de realizar el plan de nacimiento como parte de su propio protocolo, el Programa Mare. Pero si bien el uso del plan de parto se ha incrementado en Barcelona, el modo en que los hospitales tanto públicos como privados lo reciben despierta efectos desiguales en el equipo médico. Las personas con las que me he ido encontrado a lo largo de mi trabajo de campo de los últimos cuatro años, tienen relatos muy diferentes sobre el plan de parto. Mientras que la entrega del plan de parto no ha ocasionado ningún tipo de tensión entre algunas de mis informantes y las instituciones hospitalarias, otras aseguran que el plan de parto ha sido el elemento detonador que ha llevado a algunos profesionales sanitarios que las atendieron a ejercer sobre ellas intervenciones que no deseaban.

En los centros privados especializados en la asistencia del parto domiciliario el plan de parto forma parte de la necesaria y particular planificación del propio alumbramiento en el ámbito del hogar, y las comadronas dedican bastantes sesiones a determinar conjuntamente con los padres las concreciones y términos en los que discurrirá el alumbramiento. En los planes de parto de las mujeres y familias que optan por el parto en casa, no es extraño que, además de fijar cuestiones de infraestructura y organización de los roles, las comadronas recojan episodios biográficos o miedos, dudas e inquietudes de cada embarazada e incluso de sus parejas porque creen que este tipo de informaciones personales de cada parturienta puede ayudar a adecuar la atención que deban procesarle.

5. El inicio del ejercicio empírico de los roles parentales

El protagonismo que ha tomado la educación prenatal y la utilización del plan de parto en Barcelona, ambos factores ligados a un proceso estructural mayor dirigido a volver pensar el embarazo y el parto como episodios normales y no patológicos de la vida reproductiva y sexual de las mujeres, muestra un escenario interesante para examinar los comportamientos que en este contexto muestran las madres y sus parejas. Los estudios encomendados a estudiar qué es la parentalidad y a buscar elementos que la distingan como campo específico, vinculado, pero a la par diferenciado del dominio del

parentesco, necesitan plantearse en qué momento las mujeres y los hombres empiezan a ejercer sus respectivos roles parentales.

Durante largo tiempo se ha creído que es con el nacimiento del hijo o la hija, en el caso de las maternidades y paternidades biológicas, cuando las mujeres y los hombres pasan a convertirse en madres y padres según corresponde. No obstante, el paisaje etnográfico que se ha ido presentando a lo largo de los distintos apartados da indicaciones de que no es exactamente así.

Nótese que si bien la formación preparto está dirigida a los progenitores bajo la motivación principal de aportarles información sobre cuestiones y temáticas diversas, esta información acaba posteriormente convirtiéndose en una herramienta sobre la que basar la toma de decisiones importantes en cuanto a cómo y en qué condiciones va a darse el nacimiento de los hijos. En este proceso, como hemos podido ver a través del ejemplo etnográfico esbozado, el plan de parto es un elemento en el que la adopción de posturas en lo que confiere a los cuidados que recibirán tanto la madre como el bebé precisa ser concretada. Y es justamente en el establecimiento y definición de las primeras estrategias de cuidado sobre los hijos donde empieza a ejercerse la maternidad y la paternidad. Es en el periodo de gestación, por tanto, y no después el nacimiento, cuando las mujeres y los hombres empiezan a ejercer la parentalidad. En el diseño y delimitación de los primeros cuidados es donde descansan sus primeras decisiones como madres y como padres. Lo que sucede cuando se da el nacimiento no es sino la culminación de las disposiciones establecidas durante el embarazo y no después, lo que apunta no sólo a que el ejercicio empírico de los roles parentales está estrechamente ligado a los cuidados y la crianza, sino que es en las decisiones relativas a estos campos donde se activa la parentalidad.

Bibliografía

Belli, L.F (2013) “La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos”, *Revista Redbioética/UNESCO*. Año 4, 1 (7): 25-34.

Col·legi Oficial d’Infermeria de Barcelona (2010) *Guia d’assistència al part a casa*. En línea:
<http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CASA_LL_ARGA.PDF> (Consulta, 14 de abril del 2014).

Davis-Floyd, R. (2001) “The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, suplemento 1: 5-23.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (2007) *Protocol per a l’assistència natural al part normal*. En línea:
<http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciutadania/La%20salut%20de%20la%20A%20a%20la%20Z/S/Salut_de_la_mare_i_de_linfant/documents/part2007.pdf> (Consulta, 14 de abril del 2014).

Generalitat de Catalunya, Departament de la Presidència (2008) *Acords de govern. 4 de novembre de 2008*. En línea:
<http://www.gencat.cat/acordsdegovern/20081104/20081104_AG.pdf> (Consulta, 14 de abril del 2014).

López Carillo, M. (s.a.) “La medicalización de la vida y la salud de las mujeres”. Documento electrónico. En línea:
<http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion_de_la_vida_y_la_salud_Xarxa_de_salut_Margarita_Lopez_Carrillo.pdf> (Consulta, 14 de abril del 2014).

López, L. y María, D. (2011). *Nuevas tendencias en la humanización del parto*. 31 Congreso Nacional Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O). Sevilla, 17-20 de mayo.

Ministerio de Sanidad (2007) *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. En línea:
<<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>> (Consulta, 14 de abril del 2014).

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2007) *Plan de Parto y Nacimiento*. En línea:

Molina Fernández, I. y Muñoz Sallés, E. (2010). “El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas profesión*, 11 (2): 53-57.

OMS (1985). “Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS para el Nacimiento”, *Lancet*, 2:436-437. Traducción ACPAM. En línea:
<<http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf>> (Consulta, 14 de abril del 2014).

<<http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>> (Consulta, 14 de abril del 2014).

Pérez Ramos, J. F (s.a.) Revisión bibliográfica Planes de Parto y Nacimiento. Documento electrónico. En línea: <http://www.sergas.es/Docs/EnPortada/Eventos/ponencias_xorperiVI/5.pdf> (Consulta, 14 de abril del 2014).

Sargent, C. y Stark, N. (2014) “Childbirth Education and Childbirth Models: Parental Perspectives on Control, Anesthesia, and Technological Intervention in the Birth Process”. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 3 (1): 36-51.

Wagner, M. (2000) *El nacimiento en el nuevo milenio*. I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en casa. Jerez.

Zwelling, E. (2008) “The Emergence of High-Tech Birthing”, *JOGNN*, 37: 85-93.