UAB
Universitat Autònoma de Barcelona

Escenarios etnográficos del parto y el nacimiento digno en Barcelona

Sarah Boix Lázare

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons: https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons: https://creativecommons.org/licenses/?lang=es

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license: https://creativecommons.org/licenses/?lang=en

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

TESIS DOCTORAL

Escenarios etnográficos del parto y el nacimiento digno en Barcelona

Sarah Boix Lázare

Directoras
Virginia Fons Renaudon
Aurora González Echevarría

Programa de Doctorado en Antropología Social
Departamento de Antropología Social y Cultural

Facultat de Filosofia i Lletres
Universitat Autònoma de Barcelona

Mayo de 2025

A las madres palestinas,
con los párpados abiertos
ante el silencio del mundo.

« *Is there anybody here who was not born for a woman?* »

Ina May Gaskin[1]

«Las circunstancias de mi nacimiento fueron nada extrañas, pero un tanto pintorescas porque… fue un nacimiento que se produjo en Bruselas, como podría haber sido en Helsinki o en Guatemala. Todo dependía de la función que le hubieran dado a mi padre en ese momento, y el hecho de que él acababa de casarse y llegó prácticamente en viaje de bodas a Bélgica, hizo que yo naciera en esa ciudad en el mismo momento en el que el káiser y sus tropas se lanzaban a conquistar Bélgica, que tomaron en los días de mi nacimiento. Mi nacimiento fue un nacimiento sumamente bélico, lo cual dio como resultado a uno de los hombres más pacifistas que hay en este planeta.»

Julio Cortázar

[1] Frase habitual con la que la comadrona estadounidense comenzaba sus charlas y conferencias para captar la atención del público.

AGRADECIMIENTOS

Es sabido que las investigaciones doctorales nunca son mérito exclusivo de quien realiza el doctorado y que, para su buen destino, es imprescindible tener una red de apoyos que contribuya a hacerlo posible. Desearía, por ello, dedicar mi agradecimiento a las personas que me han acompañado, de un modo u otro, en este viaje.

En primer lugar, mi profundo agradecimiento a mi madre porque su historia, que es también la mía, fue un motor relevante para encender mi curiosidad por el campo de estudio en la Antropología del Parto. A ella, a mi querido padre —ahora en las auroras boreales— y a mi padre afín, Toni, por el apoyo inquebrantable durante casi cuarenta años de formación continuada y por decirme siempre, con acierto, que mis estudios serían mi mejor herencia. Gracias también a Gloria, mi hermana menor, por su apoyo, y por el mimo y cuidado que puso en ayudarme con todas las cajas de dosieres, libros y papeles de la tesis no en una, sino en dos mudanzas distintas, para que no perdiese nada. Y por su tolerancia sincera hacia mis rarezas, como cuando me acompañó a Londres a recoger mi ansiada copia original del informe *Changing Chilbirth*, hace más de una década. Gracias, familia, por todo el apoyo recibido para que pudiera llegar a ver finalizada mi tesis doctoral.

A mis hijos afines, Sujan y Cai, que eran muy pequeños cuando empecé con la tesis y ya me superan en altura, por haber sido una escuela de vida para mí y por haberme permitido cuidar de ellos y quedarme cerca para poder verlos crecer hasta convertirse en quienes son ahora. *Us estimo*.

A mi hijo Isard, que sobrevivió a una placenta con once infartos, por ser un huracán de potencia sin igual, y por alumbrar, desde muy pronto, fortalezas que desconocía en mí y que precisaba conocer para llegar hasta aquí. Gracias por llevarme de vuelta a La Maternitat y enseñarme que todavía quedaba mucho por aprender. Gracias por el niño de seis años que eres hoy y por encajar con gesto estoico mis semanas de encierro para terminar la tesis.

A Heura, que llegó cuando menos la esperábamos con su energía encantadora y su simpatía desbordante, porque tenerte como hija me cambió irreversiblemente la mirada hacia el mundo, despertando en mí la ferocidad de quererlo luchar todo para que puedas vivir siendo verdaderamente libre en él.

Gracias, a toda mi progenie, por esperarme.

Mi agradecimiento especial a mi compañero Jordi, por hacerme el café todas las mañanas desde hace más de doce años, por sus siempre sabios consejos sobre el mundo académico todo este tiempo, por muchos años de ayudarme con buen humor a dar con los artículos que se me resistían y por imprimirme cientos de ellos, por las discusiones sobre úteros artificiales en pleno postparto de nuestro hijo y por el sostén logístico y el apoyo emocional, sobre todo, en la fase final de la tesis. A pesar de las dificultades, que han sido muchas, para sostener cuatro hijos y dos carreras con sólo cuatro manos, lo hemos acabado consiguiendo. Gracias por eso y por poner bonito el patio para que, en las semanas de encierro por la tesis, al menos pudiera tomarme el café contemplando nuestro olivo.

Mi agradecimiento infinito a Virginia Fons y Aurora González, por la enorme fortuna que ha sido para mí contar con ellas como directoras de la tesis y por el fantástico tándem que conformáis juntas. Gracias por vuestra disponibilidad siempre amable, por ser dos grandes maestras, por acunar con humor y cariño mis errores y, sobre todo, por el acompañamiento personal, más allá de lo académico, que me ha hecho descubrir a dos personas a las que querré siempre tener cerca.

Quisiera hacer explícito también un agradecimiento especial a los dos revisores externos de la tesis, Maribel Blázquez y José María Uribe, por su generosidad y amable disposición al haber aceptado la revisión, y por haberme aportado múltiples, rigurosos y constructivos comentarios críticos para enriquecer el trabajo final. Ha sido un privilegio para mí poder contar con la mirada de vuestra experiencia y trayectoria.

Mi agradecimiento absoluto, también, a las madres y las familias informantes que siguen enviándome fotografías de sus hijos e hijas soplando las velas cuando los días de sus cumpleaños siguen acordándose de la antropóloga que también estaba cuando nacieron. Gracias por ponérmelo siempre tan fácil, por invitarme a pasar a su lado momentos que eran realmente valiosos en sus vidas, y por el hilo rojo que sigue uniéndonos tantos años después. La suerte ha sido toda mía. A Joana, Bruna, Jana, Muriel, Elías y el resto de las y los bebés que nacieron en el transcurso del trabajo de campo etnográfico.

No querría dejar de nombrar, también, a Anna Piella, Jordi Grau, María Valdés, Carme Parramon, José Luís Molina, Aurelio Díaz, Pepi Soto, Montserrat Ventura, Josep Lluís Mateo y demás miembros del GRAFO y del departamento por haber sido la escuela donde lo aprendí todo sobre la Antropología. A Irina Casado, Meritxell Sáez y Beatriz García, porque tener cerca a tres grandes etnógrafas como vosotras ha sido verdaderamente inspirador para mí. Y a María Carballo, quien estuvo a mi lado en los primeros pasos de la investigación. Gracias también a las compañeras de proyecto del País Vasco con quienes espero que nos quede todavía mucha antropología por delante, entre ellas muy especialmente a Elixabete Imaz, Mercedes Bogino, José María Uribe y Paloma Fernández-Resines. Gracias también a mis compañeros de máster y doctorado Sara Revilla, Judith Pampalona, Thiago Cunha y Daniel Riego por todo lo que la antropología puede llegar a tejer.

Mi agradecimiento también a Silvia Carrasco y Jordi Grau por el trabajo excelente, y tan valioso, como coordinadores del doctorado.

A mis compañeras de la Universitat de Manresa por toda su comprensión y tantas facilidades con la tesis. Y a mis estudiantes, que me incitan a repensarlo todo a través de sus ojos.

Gracias, también, al equipo de profesionales del Centro de Salud Familiar Marenostrum y al equipo de la Sala de Partos de La Maternitat, sobre todo al de comadronas y auxiliares de enfermería, por su amable colaboración y por tolerar con paciencia, sentido del humor e incluso agrado mi presencia. A María, Sonia, Laia, Carla, y muy especialmente e a Gala, por todo lo que me llevo de ellas, que ha sido mucho. Y a Ramón Escuriet y Ángela Arranz porque su ayuda fue fundamental y definitiva para poder realizar trabajo etnográfico en el entorno hospitalario.

Y, finalmente, y no por ello menos importante, a mis amigas, por tantos años de acompañamiento emocional sin el que, estoy segura, no hubiera llegado a ver terminada la tesis. A Núria, por el aliento sin descanso en motivarme a conseguirlo, y por la fortuna de tener de amiga a la gran antropóloga y persona que eres. *Ens tenim*. A Berta, por recordarme siempre que abandonar no era una opción, por ayudarme a no perder el foco ni la ilusión cuando, a veces, lo he visto todo demasiado lejos, y por su ayuda incalculable, con el mejor de los sentidos del humor, con Mendeley. A ellas, y a Marta, Gaby, Violeta, Ana, Jordi i Amadeu por ser un círculo de seguridad y cariño inagotable para mí y por el apoyo sin descuentos ni fisuras. *Tinc molta sort de tenir-vos.* Y mi agradecimiento también a Raquel por hacer de mí una mujer que corre con los lobos.

Muchas gracias por acompañarme hasta aquí.

ÍNDICE DE LA TESIS

AGRADECIMIENTOS - 5 -

ÍNDICE DE LA TESIS - 7 -

PRIMERA PARTE - 10 -

1. INTRODUCCIÓN - 10 -
1.1 La ecuación personal - 10 -
1.2 Presentación de la investigación - 14 -
1.2.1 Contexto intelectual, académico e institucional - 14 -
1.2.2 El objeto de estudio, las personas y los escenarios etnográficos - 18 -
1.2.3 Organización de la tesis por compendio - 21 -
2. METODOLOGÍA Y TRAYECTORIA DE PENSAMIENTO - 23 -
2.1 Los orígenes de la investigación: la tesina de máster sobre el centro de salud familiar Marenostrum [octubre del 2009 - julio del 2011] - 23 -
2.1.1 Del primer contacto con el trabajo de campo - 23 -
2.1.2 De las prácticas de campo a la tesina de máster - 30 -
2.2 La investigación doctoral: de los colectivos activistas a la sala de partos de La Maternitat del Hospital Clínic [enero del 2012 - junio del 2016] - 36 -
2.2.1 El diseño del proyecto de la investigación doctoral [enero - junio 2012] - 37 -
De las preguntas iniciales: objetivo general y objetivos específicos - 38 -
Tipo de investigación - 39 -
Unidad de análisis, población de estudio y lugares de observación - 39 -
Elección de casos y muestreo - 41 -
2.2.2 El regreso al trabajo etnográfico [julio del 2012 - junio del 2013] - 41 -
De las entrevistas doblando ropa a cuatro manos - 41 -
Mare Meva o la puerta de entrada al mundo de las doulas - 43 -
Intentos iniciales de ingreso al ámbito hospitalario - 45 -
Compilación de protocolos y primer inventario de reivindicaciones - 46 -
2.2.3 La inmersión en los colectivos activistas y los relatos sobre violencia obstétrica [septiembre 2013 - julio 2014] - 47 -
«Passar la tarda»: del hogar a otros espacios de la vida cotidiana - 47 -
La irrupción de la violencia obstétrica en los relatos de parto - 48 -
El trabajo de campo con madres activistas y redes sociales virtuales - 50 -
El estadio crítico de la tesis: dificultades y demoras en el acceso al hospital - 51 -
2.2.4 La sala de partos de La Maternitat y narrativas vivenciales del personal sanitario [septiembre del 2014 - mayo del 2016] - 52 -
De la vía de entrada al hospital y las comisiones de ética - 52 -
Exploración de los ambientes sanitarios y preparativos y acuerdos para el comienzo del trabajo de campo - 54 -
«Antropóloga de pijama verde»: etnografiando la sala de partos - 57 -
La intervención imprevista y el encuentro con la aplicabilidad - 66 -
2.2.5 Inventario de datos etnográficos - 69 -
Cuadro-síntesis: fases, escenarios etnográficos y técnicas de recogida de datos - 69 -
Características sociodemográficas de las mujeres informantes - 70 -
Materiales de investigación e instrumentos - 72 -
Limitaciones de la muestra - 72 -
2.2.6 El análisis de datos. De los itinerarios terapéuticos al desarrollo de las cronografías del proceso procreativo [2012-2016] - 73 -
Los itinerarios terapéuticos - 73 -
El desarrollo de las cronografías del proceso procreativo - 74 -
3. GENEALOGÍA HISTÓRICA DEL MOVIMIENTO POR UN PARTO Y UN NACIMIENTO DIGNO - 77 -
3.1 Los orígenes: las escuelas de educación maternal - 77 -

3.1.1 Transformaciones significativas en torno al parto y el nacimiento: siglos XIX y XX - 77 -
3.1.2 El surgimiento de las Escuelas Clásicas - 88 -
3.1.3 Las «Nuevas Escuelas» de educación prenatal (1960-2000) - 105 -
3.2 Penetración y evolución institucional (1985-2020) - 112 -
3.2.1 El contexto internacional - 113 -
3.2.2 El contexto estatal: España - 121 -
3.2.3 El contexto autonómico: Cataluña - 126 -

SEGUNDA PARTE - 131 -

4. VIOLENCIA OBSTÉTRICA - 131 -
4.1 Pensar la violencia obstétrica desde la Antropología: aportaciones, propuestas y herramientas - 131 -
4.2 La concepción de la violencia obstétrica en Barcelona: un ejemplo etnográfico de cómo los riesgos pueden derivar en un peligro colectivo contra la salud - 136 -
Patologización del embarazo y el parto - 136 -
La problematización de la intervención excesiva - 138 -
Los inicios de la humanización. España, Cataluña y Barcelona - 142 -
El concepto de violencia obstétrica y algunos aportes críticos - 143 -
La vivencia del cuerpo robado: contribuciones etnográficas - 146 -
Consideraciones finales - 150 -
5. PARTO Y NACIMIENTO DIGNO EN BARCELONA - 151 -
5.1 Los procesos procreativos desde la Antropología: el caso de las madres de Barcelona por un parto respetado - 151 -
Introducción: una propuesta metodológica para el análisis de los procesos procreativos desde la Antropología - 151 -
Ejemplo de cronografía general del proceso procreativo: Madres de Barcelona por un parto respetado - 154 -
Primera fase: la gestación - 155 -
Segunda fase: el parto de la madre y el nacimiento del bebé - 158 -
Tercera fase: el posparto - 160 -
Consideraciones finales - 161 -
5.2 Análisis antropológico del cuerpo en los relatos de parto normal de mujeres y profesionales de Barcelona - 163 -
Introducción - 164 -
Material y método - 164 -
Resultados - 166 -
Discusión - 169 -
Agradecimientos - 170 -
5.3 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 - 170 -
El nacimiento en el siglo XXI - 170 -
Cambios y continuidades en Barcelona - 172 -
La expansión de la educación prenatal - 173 -
La popularización del plan de parto en Barcelona - 176 -
El inicio del ejercicio empírico de los roles parentales - 178 -

TERCERA PARTE - 180 -

6. ESTUDIOS DE CASO - 180 -
6.1 El Centro de Salud Marenostrum - 180 -
6.1.1 Cronografías procreativas: Ejemplos etnográficos analizados desde una nueva perspectiva - 180 -
Introducción - 180 -
Una propuesta para el análisis de los procesos procreativos desde la Antropología: la cronografía procreativa - 182 -
Ejemplos de cronografías procreativas de algunas sociedades - 186 -
Un apunte final sobre las cronografías procreativas ejemplificadas - 194 -
Conclusión - 196 -

6.1.2 Conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad en el parto natural: el caso del centro de salud Marenostrum en Barcelona - 197 -
Introducción - 197 -
Metodología - 197 -
El centro de salud Marenostrum - 198 -
El cuerpo embarazado o de cómo volverse «un poco diésel» - 200 -
Sobre la persona: la «mujer primitiva» y la sabiduría innata del feto - 204 -
La maternidad como empoderamiento - 206 -
Pensamientos finales - 207 -
6.2 La Sala de Partos de La Maternitat - 209 -
6.2.1 Descripción del escenario etnográfico - 209 -
Breve esbozo histórico - 209 -
La fotografía actual: un paisaje nada común - 211 -
La Maternitat: anatomía de un edificio - 213 -
La Sala de Partos - 215 -
«La Suite» - 217 -
6.2.2 Apuntes cotidianos de la Sala de Partos - 219 -
Barcelona: 2014-2015 - 219 -
Radiografía de un tránsito - 223 -
Inventario etnográfico - 224 -
6.2.3 Cronografía general: la visión de las matronas - 232 -
Primera fase: La gestación - 233 -
Segunda fase: El parto y el inicio del postparto - 235 -
Tercera fase: el posparto - 239 -
7. (IN)CONCLUSIONES - 241 -
7.1 Ectogenesis as the dilution of sex or the end of females? - 241 -
A Brief Introduction - 241 -
Acknowledgements - 253 -
7.2 Resultados - 253 -
7.2.1 De los escenarios etnográficos del parto y el nacimiento digno en Barcelona - 253 -
Sobre los usos terminológicos - 253 -
El mapa del parto digno en Barcelona - 255 -
Resultados específicos - 257 -
7.2.2 De la violencia obstétrica - 262 -
Un accidente etnográfico: reflexiones encarnadas desde los no-escenarios - 262 -
La Antropología ante la violencia obstétrica - 263 -
Serendipias y anticipaciones - 265 -
BIBLIOGRAFÍA - 267 -
ANEXO I - 286 -

PRIMERA PARTE

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La ecuación personal

> «[…] pero cuando vio que el conejo se sacaba, además, un reloj del bolsillo del chaleco, miraba la hora y luego se echaba a correr muy apresurado, Alicia se puso en pie de un brinco al darse cuenta repentinamente de que nunca había visto un conejo con chaleco y aún menos con un reloj de bolsillo. Y ardiendo de curiosidad, se puso a correr en pos del conejo a través de la pradera, justo para ver cómo se colaba raudo por una madriguera que se abría al pie del seto.
> Un momento después, Alicia también desaparecía por la madriguera, sin pararse a pensar cómo se las iba a arreglar para salir después.»
>
> Lewis Carroll, *Alicia en el país de las maravillas*

Diría que estas páginas contienen, ante todo, la historia de una curiosidad. O más bien de un puñado de ellas que a lo largo de los últimos años han ido permaneciendo a flote en mis pensamientos, incandescentes, como los farolillos de papel flotantes que se desplazan por la superficie del río nocturno durante la celebración japonesa del O-bon. No guardo conciencia de que sea una curiosidad lejana, originada en la infancia o la adolescencia; de hecho, la sigo observando en mi mente con sorpresa, precisamente, por parecerme una novedad tan tardía no solo en mi trayectoria académica, sino también personal. Lo que no significa que, muy probablemente, haga mucho tiempo que distintas personas fueran, sin saberlo, depositando en mí algunas de sus linternas.

Imagen 1. Fotografía extraída de la web del Morikami Museum And Japanese Gardens.

Sin duda los primeros en prender los candiles debieron de ser mis padres, que hicieron de la historia de mi nacimiento uno de los cuentos preferidos de mi infancia y juventud. Solían narrarlo a dúo, para mí sola o para la familia y los amigos, en un diálogo que fue perfeccionándose con el paso de los años y que sin excepciones conseguía cautivar a los oyentes, sobre todo por la inconmensurable complicidad que ambos desprendían durante el relato, incluso después de llevar tantos lustros divorciados.

Con toda seguridad, por otro lado, la historia sobre cómo llegué al mundo hubiera sido como todas las demás si no fuera por la inusual particularidad de que mi madre estuvo realizando su trabajo de parto mientras el cometa Halley atravesaba la órbita de la Tierra por última vez en el siglo XX, un fenómeno astronómico que únicamente sucede cada setenta y seis años. A ella le sigue gustando explicar que cuando nací todavía era posible ver la cola del cometa en el cielo y que por eso tengo la piel colmada de «constelaciones de pecas».

Lo que me parece significativo, visto desde la perspectiva del tiempo, es que en el entorno familiar donde crecí, las historias de nacimiento tenían una presencia importante y cotidiana. Los relatos de parto de mi madre, mis abuelas, mis tías y las amigas de mis padres envolvieron de forma natural mi niñez. En mi hogar, las conversaciones sobre contracciones, dilatación, comadronas y partos, en general, eran retazos de realidad tan habituales como los crucigramas del periódico, los cordones de los zapatos, las migas de pan en la mesa o la lista de la compra. Se integraron en una dimensión de normalidad tan profunda que, probablemente por ello, y al contrario de lo que pudiera parecer, durante largo tiempo no suscitaron en mí ninguna atención especial. De hecho, manifesté desde muy temprana edad mi total desinterés personal por el embarazo y el parto. A mis padres y a mi familia solía decirles que a lo mejor no tendría nunca hijos y que, de tenerlos, seguramente sería por acogida o por adopción. Y así lo seguí sosteniendo, sin variaciones, hasta los veintitantos años. De modo que, lo crean o no, nadie en mi entorno podría haber tenido la más mínima sospecha de que mi carrera académica acabaría vinculada al campo de estudio del parto y el nacimiento.

Parece razonable señalar que, a pesar de mis resistencias personales a experimentar estos procesos, los acontecimientos de mi infancia sí que debieron contribuir a crear en mí un poso de interés intelectual por el tema. Sobre todo, llegada la veintena, cuando informalmente comencé a recabar datos más precisos de mi nacimiento y aparecieron ante mí elementos nuevos sobre la historia del parto de mi madre, que me hicieron descubrir su intensa lucha personal por conseguir tener un «parto natural» nada menos que en la década de los ochenta, cuando la medicalización del parto atravesaba uno de los puntos más álgidos de la historia. Pude conocer así cómo transitando ya el tercer trimestre de su gestación, continuó perseverando en su derecho de dar a luz fisiológicamente, sin anestesia, asistida por una comadrona, y pudiendo estar acompañada de mi padre. Afortunadamente, tras lidiar con un entorno que no acababa de comprenderla, consiguió su objetivo: contrató a una comadrona que formaba equipo con un ginecólogo que solo intervendría en caso de necesidad —nunca le llegó a conocer— y, por otra parte, alquiló de forma privada un quirófano con una enfermera y un servicio de habitación en la Clínica Regina, situada en el distrito barcelonés de Gràcia. Consiguió el parto que quería para ella y el nacimiento que deseaba para mí. No obstante, las razones profundas en las que mi madre había sustentado todas estas decisiones continuaron siendo difusas para mí durante algunos años después.

En aquella etapa de descubrimientos también se sumaron nuevas linternas de papel. Y entre ellas, sin duda una prendió con especial fuerza. Ocurrió a finales del 2004, durante mi primer año en la universidad, cuando fui a pasar un par de días a Figueres, donde mi amiga Ana Romero, por aquel entonces compañera de estudios, se había criado. La mañana en que llegamos, su madre Alfonsa, una mujer menuda, activa y de trato encantador, estuvo contándome muchas cosas sobre la historia de la familia de Ana, en su mayoría anécdotas y sucesos destacables sobre sus otros hermanos, sus tías y sus abuelos. Reunidas las tres en la cocina, Ana y yo escuchábamos con atención todo lo que nos decía sentadas en la mesa, mientras ella se movía de un lado para otro preparando la comida. Y así, en medio de una

orquesta de fragancias, Alfonsa me contó de los tres partos de sus hijos y de cómo de cerca estuvo que Ana naciera en el coche de camino al hospital. Era una mujer de partos fáciles, decía, porque tenía la suerte de dilatar con mucha rapidez, por lo que en ninguna de las tres ocasiones en las que dio a luz necesitó anestesia. Llevada por la inercia de la conversación, casi como un acto reflejo, le pregunté por el dolor. Alfonsa dejó el cucharón de madera en el mármol, tomó asiento delante de mí y bañada por la luz del sol de diciembre, con la voz serena, me contestó que los dolores de parto eran un misterio. Que era, sin duda alguna, el peor dolor que ella podía haber sentido en toda su vida, pero el único que, por algún tipo de milagro, se había desvanecido, hasta extinguirse, de la forma más veloz posible. Un olvido tan limpio y automático que era como si aquel dolor nunca hubiera estado allí. Aquello me sobrecogió. Produjo en mi mente una especie de terremoto. Una sacudida lo suficientemente importante como para que, durante los años posteriores, como si fueran réplicas, la curiosidad por aquel fenómeno me fuera abordando de vez en cuando, en ese tipo de momentos en que el pensamiento deambula improvisadamente, como en un jazz, hacia lugares que escapan al propio control. Pero a pesar de consagrarse para mí como una de las mayores incógnitas del ser humano, quedaba todavía mucho tiempo como para que aquel interrogante traspasara el plano latente y saliera hasta la superficie. El farolillo continuó iluminado sobre el río, pero siempre discreto.

Se podría decir que en octubre del 2009 me encontraba prácticamente aterrizando en el mundo de la Antropología. Algún tiempo atrás, antes de licenciarme, había decidido terminar con las Humanidades, al menos en la forma en que las había conocido hasta ese momento. Por mi parte fue una ruptura intelectual y académica en toda regla. Desde los últimos cursos de la carrera venía arrastrando conmigo una decepción creciente respecto a las expectativas que tiempo atrás me habían hecho escoger estudiar esta licenciatura. Digo siempre que no logré encontrar en la carrera de Humanidades la clase de humanidad que andaba buscando. Transitar por el pensamiento de tantos escritores, filósofos y artistas —la enorme mayoría hombres— fue sin duda un gran viaje al que volvería a lanzarme sin descuentos, pero en la etapa final de mis estudios me resultaba desconcertante que la mayoría de lo que había aprendido proviniera de intelectuales básicamente europeos, occidentales a lo sumo, la inmensa mayoría hombres y de aspecto caucásico. Hubo un momento en que no pude ignorar por más tiempo que el mundo y quienes habitaban en él era algo mucho más extenso que aquello. Así que cuando casi por azar Aurelio Díaz se cruzó en mi camino en cuarto curso y nos habló en sus clases de hippies, drogas, enfermedad, música, humor, sexo, afectos, conflictos, de personas anónimas que fueron felices, desgraciadas, las dos cosas o ninguna, que pertenecían a culturas y países de los que no sabía nada, creí haber encontrado la humanidad que anhelaba. Un día llegué a casa y, como la protagonista del cuadro de la Marsellesa, alzando en la mano uno de los dosieres de lecturas que nos preparaba, anuncié que yo lo que quería era ser antropóloga. Motivo por el cual, cuando me matriculé en el máster de Antropología de la Universitat Autònoma de Barcelona en el curso 2009-2010, era una mujer con un tenedor recién llegada a una tierra de sopas.

En aquel momento, para quienes no éramos antropólogos licenciados, el primer año de máster consistía en un curso puente en el que realizábamos las principales materias de la carrera de Antropología. En el marco de la asignatura «Prácticas de campo I» se nos pedía realizar un trabajo de campo corto, expeditivo, dentro de algún grupo humano que fuera de nuestro interés. Sin una idea definida acerca de cuál sería el tema de estudio en el que podía trabajar temí que fuera a ser una elección complicada. Pero la idea de las clases de

preparación al parto, sencillamente, apareció en el horizonte. Fue como contemplar las linternas prendiendo en el río, todas a la vez. Brinqué hasta la mesa del ordenador y realicé una única búsqueda: «clases de preparación al parto natural Barcelona». Todavía hoy en día, si se escribe esta secuencia de palabras en Google, la primera página que el buscador ofrece es la del centro de salud Marenostrum. Me introduje en su página web, la leí e inmediatamente les remití un correo electrónico. Sin embargo, cuando siete días después todavía no había recibido ninguna respuesta, decidí dar el intento por zanjado y dedicarme a buscar nuevas alternativas. Fue entonces cuando planteé la opción de realizar las prácticas de campo a la Associació Amics del Nepal, donde me acogieron en seguida y aceptaron mi solicitud. Pero los planes se trastocaron cuarenta y ocho horas antes de que terminara el plazo para formalizar dónde efectuaría las prácticas de campo, cuando recibí un correo del equipo de comadronas de Marenostrum, en el que me comunicaban, con palpable entusiasmo, que daban luz verde a mi petición.

Fue aquella doble aceptación simultánea e inesperada el motivo que nos llevó a María Carballo y a mí a conocernos tan precipitadamente en el pasillo del departamento el primer día que se incorporaba como la nueva tutora de las prácticas de campo. Aquella mañana de octubre ni siquiera le había dado tiempo a instalarse en el despacho que le prestarían en los siguientes meses, pero aun así me atendió amablemente para ayudarme a desentramar aquella situación ante la que inevitablemente cabía hacer una elección y una renuncia. Cuando me dijo que desde su punto de vista iba a funcionar mejor lo de ir al grupo de preparación al parto y le pregunté por qué se lo parecía, simplemente sonrió y contestó que tenía la corazonada de que yo iba a encajar mejor allí. En ocasiones todos precisamos de un conejo con chaleco y reloj de bolsillo que nos muestre el camino hasta la madriguera y nos persuada, sin pensarlo demasiado, de saltar a su abismo. No tenía mala intuición María Carballo: de eso hace ya dieciséis años y en la Antropología del parto y nacimiento podría decirse que encontré, ciertamente, una forma de vida.

Y sin embargo soy, a todas luces, una presencia insólita en este ámbito de estudio. Las investigaciones sobre embarazo, parto y posparto, sobre crianza y maternidad, han sido generalmente impulsadas por científicas sociales feministas a quienes sus propias experiencias como madres han motivado a acercarse y trabajar en este campo. Quién si no ellas, bien pensado, habría emprendido el arduo camino de abordar un tema de tal envergadura y exhumar todas sus complejidades. En el caso concreto del estudio antropológico sobre el parto y el nacimiento digno, además de ello, es el activismo el estímulo motor que mueve a muchas investigadoras a introducirse y participar en este ámbito de estudio. Se podría decir, en este sentido, que el abordaje científico de este grueso de temáticas está frecuentemente revestido de lo que Mari Luz Esteban (Esteban, 2004b) denominaría experiencias o vivencias «encarnadas» porque toman la perspectiva personal, la vivencia subjetiva, corporal y propia de sus autoras como materia primera, como propulsor y como punto de partida para la creación de conocimiento nuevo. Tras años de observación, también, de esta particularidad, mi postura es que la mirada de las madres investigadoras, como generadoras de saber, es un activo fundamental. Poco discutible es —porque así lo hemos comprobado— que sus voces amplían las (buenas) oportunidades de la investigación, tributando en muchos aspectos más beneficios que obstáculos. A fin de cuentas, por qué iba a ser más legítimo que todos los demás podamos estudiar, analizar y discutir sobre cómo parir, cómo nacer o cómo criar a los hijos que las personas que desde siempre lo han vivido en primera persona. Pero tal convencimiento, sin embargo, en ningún caso debería desembocar en una suerte de situación en que solo las mujeres madres puedan

encargarse de trabajar en temas como la salud procreativa o la propia maternidad. Pensar en estos campos como un dominio completamente mediatizado por la autoetnografía me produce más preocupación que sosiego. La razón es sencilla: no pocas veces los ojos más alejados, desconocidos y extrañados —y eso lo sabemos bien los antropólogos— son capaces de ver más o, mejor dicho, de ver diferente. Cuántos valiosos tesoros se hubieran quedado en el plano de lo invisible de no ser por haberlos podido contemplar bajo el vistazo ajeno. De modo que, por bien que pongo en valor el papel relevante que en estos ámbitos de estudios puede jugar la «antropología encarnada», abogo también por la necesidad de integrar otras miradas como positivo ejercicio de contrastación.

Así, mi relación con la investigación, al menos en origen, tuvo poco de vivencia encarnada en la medida en que no fue mi propia maternidad lo que me trajo a ella, pero aun con todo, es mi condición como hija de una mujer que luchó por un «parto natural» en los ochenta lo que, por otra parte, hace posible afirmar que casi vengo ligada al tema desde el cordón umbilical. Para cuando empecé a adentrarme de forma personal en el universo materno, además, ni siquiera fue a través de la maternidad biológica, que vendría años después, sino que buena parte de los años en los que tuvo lugar el trabajo de campo etnográfico, yo transitaba por la insondable selva de la *madrastridad* (o maternidad afín) lo que intensificó, aún más si cabe, erigirme como un verdadero un animal exótico en el campo de estudio de la Antropología del Parto. Pero es sabido que la antropología, y quizás más sensiblemente la etnografía, a veces obra sus primores, y su particular capacidad de acercar, fusionar y articular mundos aparentemente antagónicos hizo posible que mi no-maternidad se construyera, en parte, a imagen y semejanza de las maternidades de las mujeres con las que he convivido a lo largo de la investigación. Una paradoja algo grotesca, pero sin duda extraordinaria. Así que todo eso fue lo que encontré tras el abismo de la madriguera: un cuadro de vanguardia surrealista donde he aprendido a vivir siendo una mujer con un tenedor en una tierra de sopas.

1.2 Presentación de la investigación

1.2.1 Contexto intelectual, académico e institucional

Cuando Maribel Blázquez publicó su artículo «Aproximación a la Antropología de la Reproducción» (Blázquez Rodríguez, 2005), sus principales objetivos fueron mostrar el recorrido de este campo de estudio —porque acertadamente consideraba que era escaso el conocimiento acerca de él— y exponer las principales problemáticas a las que se habían tenido que enfrentar las investigaciones surgidas en este campo, que en aquel momento contaba con treinta años de trayectoria, y que en el presente ya son más de cuarenta. Según la cronología propuesta por la autora sobre el desarrollo de la Antropología del Parto, es posible establecer sus orígenes en la década de los años 70 del siglo XX, cuando vieron la luz toda una serie de etnografías que, inspiradas en el trabajo de Margaret Mead y Niles Newton, demostraron que para comprender el embarazo y el parto como fenómeno humano, además de tomarlo como un hecho biológico universal, es sustancial examinar los factores culturales que lo determinan y lo revisten de significados, que serán diferentes según el grupo humano al que queramos aproximarnos. Más tarde, a lo largo de las décadas de los ochenta y de los noventa, fue en las prácticas relacionadas con la atención a la gestación, el parto y el posparto hacia donde las etnografías pusieron su foco de atención, y más concretamente en la creciente medicalización que todos estos procesos estaban experimentando en las sociedades industrializadas. Las investigaciones sobre salud

reproductiva y sexual en el contexto español aparecieron más bien a lo largo de los noventa, pero dejó claros referentes, como lo son los trabajos de Mari Luz Esteban (1992), Susana Narotzky (1995) o Yolanda Bodoque (1996).

En su artículo, Blázquez ya advertía de que, en los años posteriores a la publicación de este, aparecerían nuevos trabajos que en aquel momento se encontraban en proceso de construcción. Pero, aun así, señaló:

> «[…] a la luz de esta revisión vemos, que en nuestro contexto faltan aún abordajes que den continuidad a los ya iniciados, y por otro lado, que contextualicen todo este conocimiento de la Antropología del Parto en nuestro marco geográfico, ya que la mayoría de los estudios presentados, pertenecen a otras sociedades y contextos, con unos procesos históricos, políticos, económicos y sociales similares en cuanto al capitalismo y al patriarcado, pero diferentes y que nos podemos tomar como punto de arranque, para estimular y visibilizar la necesidad de este tipo de estudios.» (Blázquez Rodríguez, 2005, p. 13)

Y así fue. Desde 2007 hasta el momento actual hemos sido testimonio de un periodo muy prolífico en cuanto a investigaciones de corte antropológico relacionadas con la salud procreativa de las mujeres españolas. Desde mi punto de vista, han tenido lugar dos oleadas consecutivas de trabajos e investigadoras significativas, cuya principal diferencia estriba en un cambio de mirada hacia el sujeto de estudio.

En la primera oleada, entre 2007 y 2009, situaría a Elixabete Imaz, que presentó su tesis doctoral *Mujeres gestantes, madres en gestación* en 2007 (Imaz Martínez, 2007), que más tarde se transformó en el ensayo *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación* (Imaz Martínez, 2010a); a María Jesús Montes, que en 2007 publicó su tesis doctoral *Culturas del nacimiento* (Montes Muñoz, 2007); a la propia Maribel Blázquez, que se doctoró en 2009 con la tesis *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid* (Blázquez Rodríguez, 2009) y a Josefina Goberna, que, si bien no es antropóloga como las tres anteriores, publicó en 2009 su tesis doctoral *Dones i procreació: ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement* (Goberna Tricas, 2009) desarrollada desde del campo de la bioética, pero cuyos planteamientos sociológicos son suficientemente notables como para que pueda ser considerada dentro de este grupo . Las contribuciones realizadas por este grupo de autoras han sido claves para mostrarnos una escrupulosa radiografía sobre los contextos, las prácticas, las ideas y los actores que emergen alrededor del embarazo, el parto, el posparto, la crianza y los cuidados de los primeros años de vida, así como el impacto de la maternidad en la vida de las mujeres contemporáneas en distintos puntos geográficos del Estado español. En este sentido, han asentado bases sólidas que nos permiten comprender mejor los pormenores del ejercicio de la maternidad en nuestro entorno cultural más cercano y actual. A nivel etnográfico y teórico, además, han hecho aportaciones fundamentales sobre la relación entre el género, la salud, la atención, y las relaciones de poder y con las instituciones desde la perspectiva feminista.

Uno de los rasgos comunes más significativos de este grueso de trabajos tiene que ver con el sujeto de estudio. En la medida en que han perseguido el propósito de retratar el panorama de la salud procreativa y la experiencia de la maternidad en España, se han acercado a una amplia variedad de mujeres con expectativas, discursos y creencias diferentes. A través de sus indagaciones hemos tenido la oportunidad de conocer perfiles

múltiples y variados de madres, con opiniones, posturas y experiencias distintas sobre cuestiones como los controles clínicos del embarazo, la utilidad o no de la preparación al parto, la preferencia por un tipo de parto u otro, la elección del lugar donde va a suceder el nacimiento o la decisión de optar por la lactancia materna o la artificial. Es en este sentido que, en lo que respecta al sujeto de estudio, las pienso como investigaciones generalistas sobre el proceso procreativo y la maternidad de mujeres españolas.

La segunda oleada de trabajos que ha emergido después, a partir de 2009 y hasta la actualidad, tienen en cambio un propósito de concreción mucho más acentuado. Tomando como punto de partida las etnografías generalistas sobre el proceso procreativo, los últimos estudios se han dirigido a ahondar en por qué las madres se decantan por una opción y no otra respecto a algunas de las cuestiones antes mencionadas (tipo de atención médica, tipo de parto, tipo de lactancia, etc.), así como en desarrollar ciertas temáticas específicas que aunque ya estaban presentes en los estudios de las autoras de la primera oleada, no habían sido consideradas como foco central de estudio. Asimismo, también han recopilado datos nuevos sobre la experiencia de la gestación, el parto y la crianza en los tiempos más recientes. Es el caso, por ejemplo, de Virginia Murialdo, quien en 2019 publicó su tesis doctoral *La construcción cultural del parto en Madrid* (Murialdo Miniello, 2019).

Desde hace aproximadamente diez años, en Barcelona ha surgido un núcleo de antropólogas que han estado realizando investigaciones nuevas en esta dirección. Una parte significativa de las más recientes contribuciones que han surgido por el momento de esta segunda oleada las debemos a sus producciones etnográficas que, dando continuidad a la línea iniciada por Maribel Blázquez en 2009, evidencian un especial interés de este grupo de investigadoras por aproximarse a los movimientos reivindicativos de mujeres madres que recientemente han tomado impulso y visibilidad pública. En este grupo se ubican las investigaciones de Serena Brigidi(2014) sobre representaciones audiovisuales vinculadas al embarazo, al parto y a la maternidad, que han inspirado diversas sesiones del Seminario Cultura, Salud y Cine de carácter permanente creado por la misma autora (Brigidi, 2016); los aportes hechos por Laura Núñez en su ensayo *Llevadores casolanes del segle XX. Pràctiques, coneixements i vivències d'un ofici* (Núñez Galván, 2015), en el que profundiza en la profesión de las matronas en la segunda mitad del siglo XX, con especial interés en las especialistas en partos domiciliarios, y que es muy oportuno en un momento en que como veremos las mujeres están volviendo a reclamar el papel de la matrona como acompañante principal del parto; la tesina de máster que presentó Núria Martí en 2015 sobre *Autogestió de l'embaràs i construcció de l'experiència: apropiació del procés i itineraris d'atenció* (Martí, 2015), la etnografía de Marta Ausona sobre lactancias de larga duración (Ausona Bieto, 2013), que inspiró su tesis doctoral *Alletaments de llarga durada i altres usos de la corporalitat en la criança* (Ausona Bieto, 2015) y los trabajos de Laura Cardús que versan sobre el miedo al parto y su perpetuación entre generaciones (Cardús Font, 2015). Fuera del marco catalán, también son representativos de esta segunda oleada la tesina de máster publicada por Silvia Bellón *Obstetric violence: medicalization, authority and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?* (Bellón Sánchez, 2014), así como las numerosas y muy actuales contribuciones de José Manuel Hernández Garre y Paloma Echevarría sobre el parto hospitalario medicalizado y los conflictos asistenciales que genera (Hernández Garre & Echevarría Pérez, 2014, 2015, 2016).

Es en este contexto de investigaciones de la segunda oleada, y en consonancia con los trabajos aportados por el mencionado grupo de investigadoras antropólogas de Barcelona, donde se sitúa la presente tesis, *Escenarios etnográficos del Parto y Nacimiento*

digno en Barcelona, así como la tesina de máster que la precedió, *Cuerpo, persona y maternidad en el parto natural. Aproximación teórica y estudio de caso del centro de salud Marenostrum* (Lázare, 2011).

La investigación doctoral se enmarca, por otro lado, dentro de la trayectoria académica e intelectual del getp-GRAFO, equipo orientado al estudio transcultural del parentesco dentro el Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada, perteneciente al Departament de Antropologia Social i Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona. Más concretamente, debe emplazarse en el proyecto de investigación coordinado entre el getp-GRAFO y el GIAS (Grupo de Investigación en Antropología Social de la Universidad Pública de Navarra) cuyo título es «Parentalidades. Aproximaciones antropológicas y conexiones interdisciplinarias» y que ha sido financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (CSO2012-39041-C02-00) desde 2013 a 2017. Como sucede en las ocasiones en que se llevan a término proyectos de investigación coordinados por distintos grupos, a cada uno de ellos se les otorga un subproyecto específico con objetivos distintos pero complementarios, que se establecen según el recorrido y los campos específicos de estudio de cada grupo. En este caso, el getp-GRAFO desarrolló el subproyecto 1 titulado «Parentescos: formas de parentalidad y articulaciones disciplinarias» y el GIAS, por su parte, el subproyecto 2 «Parentalidad, género y salud en los cuidados del "niño sano". La paradoja del deber/derecho sobre la crianza: padres custodios y mujeres sin maternidad».

El subproyecto del getp-GRAFO se concibió como continuidad al que anteriormente el grupo había realizado, entre 2006 y 2010, dirigido a establecer una definición operativa del dominio de la Antropología del Parentesco que superara el etnocentrismo y permitiera la comparación transcultural. Fue recorriendo este camino cuando el grupo detectó que la parentalidad se estaba consolidando como un tema de estudio cada vez más emergente en los estudios de parentesco, de modo que en el siguiente proyecto se dio un paso adelante en este rumbo. Fueron tres los objetivos nucleares que se propusieron en el subproyecto propio del getp-GRAFO: el primero, y principal, analizar los usos de la parentalidad y proponer una definición del concepto; el segundo, realizar aportes sobre algunas intersecciones dadas entre la Antropología del parentesco y otros dominios: parentesco y salud, parentesco y educación, y parentesco y género; y el tercero, avanzar en el análisis de intersecciones interdisciplinares entre Antropología y Medicina, Antropología y Biología y entre Biología, Antropología, Psicología y Psicoanálisis.

El proyecto de investigación doctoral que precedió a la tesis que nos ocupa fue diseñado a la luz del segundo objetivo, pensándose dentro del proyecto del getp-GRAFO como un estudio que por su temática basada en la Humanización del Parto y el Nacimiento en Barcelona podría realizar contribuciones etnográficas en la intersección concreta en la que se dan encuentro el dominio del parentesco y la salud. La etnografía, en ese sentido, está claramente influenciada por el trabajo conjunto del grupo de antropólogas que dentro del proyecto hemos tratado de desarrollar aportes en esta dirección contrastando nuestros compendios etnográficos sobre el proceso procreativo en distintas poblaciones: Virginia Fons (coordinadora del grupo) con mujeres ndowe en Guinea Ecuatorial y Cataluña, Meritxell Sáez con madres rrom en Rumanía y Cataluña, Irina Casado con los imazighen rifeños de Cataluña y Elixabete Imaz con maternidades lesbianas en procesos de reproducción asistida .

Si bien la investigación de tesis se ha llevado a término sin beca doctoral, es preciso señalar que el proyecto del getp-GRAFO ha financiado parcialmente el trabajo de campo

requerido para la elaboración de la etnografía, así como otros gastos derivados de las actividades propias del proyecto de investigación como la asistencia a diversos congresos o los encuentros de trabajo coordinado que han tenido lugar anualmente entre el getp-GRAFO y el GIAS. Mi agradecimiento efusivo al getp-GRAFO por haberme ayudado en este sentido, entre muchos otros. El grueso principal de la financiación global de la tesis, por otra parte, ha sido asumido a título particular por parte del núcleo familiar al que pertenezco, donde siempre lo entendieron como una inversión formativa, intelectual y personal de futuro. Mi agradecimiento afectuoso y profundo a mi familia por su inestimable y paciente ayuda desde el principio y hasta el final. Por todos estos motivos, aunque formalmente se inscribió la tesis en régimen de tiempo completo, he compatibilizado su elaboración con actividades económico-laborales que me permitieran un sustento de vida.

1.2.2 El objeto de estudio, las personas y los escenarios etnográficos

En los estudios antropológicos surgidos en los últimos tiempos sobre los que he hablado anteriormente, y en especial en las etnografías generalistas sobre parto y maternidad, es posible entrever la presencia subyacente de mujeres que se muestran interesadas por un tipo de atención al embarazo, el parto y el posparto menos intervencionista y medicalizada que la de décadas precedentes en las sociedades occidentales. En este tipo de trabajos suelen aparecer en segundo o tercer plano, como una especie de intermitencia latente, lo que puede explicarse por el hecho de que son un colectivo minoritario dentro de la población total de madres. Además de en la Antropología, también aparecen de fondo, pero repetidamente, en recientes investigaciones sobre maternidad generadas desde otras áreas de las Ciencias Sociales o de las Ciencias de la Salud, sobre todo ligadas a la Sociología, la Psicología, la Obstetricia o la Bioética. Pese a suponer una comunidad reducida, por otra parte, en los últimos tiempos han ido ganando presencia en el espacio público en nuestro entorno más inmediato, siendo tema de inspiración de cuantiosos artículos y reportajes de prensa y televisión, lo que probablemente tenga que ver con que son un grupo social con una marcada idiosincrasia activista y reivindicativa. Esta suma de situaciones ha provocado que sobre estas comunidades de madres se hayan construido toda una serie de imaginarios, no pocas veces estereotipados, que se reproducen tanto en el plano popular como en el académico. Así, por ejemplo, en nuestra sociedad está muy extendida la creencia de que requerir un parto fisiológico, vaginal y sin anestesia, se ha convertido en una «moda» o «nueva tendencia» de las madres de hoy en día, proyectándolo como algo propio y/o novedoso de la modernidad, cuando en realidad ello responde a la herencia de un debate destacadamente feminista que empezó hace aproximadamente medio siglo atrás y al que denomino Movimiento por el Parto y el Nacimiento Digno. Nos encontramos, pues, ante un colectivo sobre el que circula mucha información, pero sobre el que existe una escasez de trabajos científicos que lo hayan concebido como sujeto nuclear, y no periférico, de análisis, especialmente en lo que refiere al marco barcelonés. Mi intención con esta tesis doctoral ha sido la de ofrecer una investigación etnográfica que ayudara a compensar esa situación y arrojara luz acerca de estas comunidades de madres y sus familias (así como de otros actores implicados), poniéndolas en el centro de atención y dotándolas de contexto, para que podamos conseguir un mayor —y más preciso— conocimiento sobre ellas. Los resultados etnográficos de la tesis, sin embargo, deberán ser interpretados en todo momento en el marco delimitado al que se encuentran sujetos, es decir, el área

metropolitana de Barcelona, teniendo en cuenta que otras etnografías realizadas en emplazamientos diferentes a este pueden mostrar datos y resultados distintos.

Por todo lo expuesto, la investigación doctoral que se presenta en las siguientes páginas ha tenido el objetivo de aproximarse a los escenarios vinculados al Movimiento por un Parto y un Nacimiento Digno, que de forma preliminar definiremos como el movimiento sociocultural de carácter feminista, principalmente originado en las civilizaciones occidentales durante la segunda mitad del siglo XX que, ante la sobremedicalización y patologización del embarazo, el parto y el puerperio por parte de la Biomedicina, demanda asegurar la dignidad de las madres y de los bebés en todas estas etapas, promoviendo el empoderamiento de las mujeres sobre sus cuerpos (y sus capacidades fisiológicas) así como la agencia de las decisiones relativas a sus propios procesos procreativos y reclamando una atención sanitaria adecuada a la evidencia científica más actualizada, que asegure la salud física y psicológica de la madre y el recién nacido, todo ello a la luz de recuperar el nacimiento de un nuevo ser como un episodio significativo y trascendental de la cultura occidental (adecuación cultural). De manera específica, la investigación doctoral ha querido indagar sobre la emergencia de este fenómeno sociocultural en la ciudad de Barcelona entre el año 2000 y 2016. En este sentido, ha sido concebida, por un lado, como una inmersión etnográfica en el universo de prácticas, representaciones y narrativas que se activan con relación a la dignificación del parto y el nacimiento. Por otro lado, también ha querido preguntarse por cómo este conjunto de elementos ha cristalizado en la atención pública y privada, lo que ha inspirado que en la tesis se haya integrado dos estudios de caso: el del centro de salud familiar Marenostrum, de título privado, y el de la Maternitat del Hospital Clínic, hospital universitario público, actualmente de gestión privada. Y sumado a todo ello, ha querido además aproximarse a los colectivos activistas pro parto y nacimiento dignificado que existían en Barcelona durante la etapa de trabajo de campo.

Para alcanzar tales propósitos, se ha contado con un repertorio coral de sujetos diferentes, cuyos papeles, aunque distintos como veremos, tienen un peso relevante en el acontecimiento de recibir a una nueva vida. Las madres suponen el volumen de participantes más amplio de la etnografía. Sus voces se han tomado como foco esencial porque a ellas corresponde el protagonismo primordial de la gestación, el parto y el puerperio, principales estaciones del proceso procreativo a las que prestaremos atención. También se ha querido contar con el testimonio vivencial de las parejas de las madres, figura que si bien no siempre está presente (es el caso de las madres solteras por elección), y pese a que puede estar ejercida por otra mujer (parejas lesbianas), en este caso corresponde a los padres. Padres sobre los que actualmente existe un efervescente debate desde las Ciencias Sociales sobre sus labores, funciones y comportamientos ante el nacimiento de las criaturas. Por otra parte, se ha tomado en cuenta el punto de vista de los profesionales de la salud, que también han tenido un peso relevante en el Movimiento por un Parto y Nacimiento Digno, y sobre los cuales sobrevuela todavía cierta discusión sobre sus prácticas, competencias y funciones. Si bien las comadronas han sido el mayor grupo participante de esta categoría, también se han tomado en cuenta la perspectiva de otros perfiles profesionales como las asesoras de lactancia, algunos médicos de distintas especialidades, las doulas o las preparadoras al parto, señalados por las mujeres de la etnografía como importantes agentes de cuidado y atención durante la gestación, el parto y el posparto. A parte de todos ellos, se hace especialmente necesario señalar el trascendental lugar que han ocupado las criaturas nacidas a lo largo de la investigación doctoral, a quienes, si bien no pueden considerarse informantes al uso, deben entenderse como sujetos

significativos dada la estrecha relación etnográfica que también se ha establecido con ellos, además de con sus familias.

Poder esbozar un mapa de los ámbitos y lugares de Barcelona en los que tiene presencia el movimiento pro dignificación del parto y el nacimiento, en cualquiera de las distintas formas en las que se manifiesta, era uno de los objetivos clave de la investigación doctoral. Este ejercicio de rastreo y prospección ha quedado indudablemente impreso en la pluralidad de escenarios etnográficos en los que se ha llevado a término el trabajo de campo: desde cursos de preparación al parto hasta hospitales, salas de dilatación y parto e incluso quirófanos pasando por las casas de los informantes, visitas de control del embarazo en centros médicos, grupos de apoyo al posparto o a la lactancia materna, grupos de crianza, asociaciones activistas de usuarias, encuentros científicos, talleres, actividades, cinefórums, reuniones informales en ciertas cafeterías o tiendas de productos de puericultura concretas de la ciudad e incluso, a modo de observatorio secundario, comunidades virtuales de madres de las redes sociales a las que una gran parte de personas informantes se sentían estrechamente vinculados. El trabajo de campo, en este sentido, traza un camino constante de ida y vuelta desde el ámbito privado y doméstico hasta el ámbito público, el institucional y también el virtual.

El cuerpo de la tesis doctoral ha sido redactado en español, pero como podrá comprobar el lector más adelante, se ha optado por conservar parte de las citas etnográficas en catalán, que aparecen en el texto sin traducir. El carácter bilingüe de la tesis ha sido una cuestión así buscada en base a tres razones esenciales. La primera tiene que ver con que el tándem idiomático catalán-castellano ha caracterizado el trabajo etnográfico llevado a término, por lo que su uso en el texto ha querido recoger e imprimir este aspecto básico de la realidad estudiada. La segunda es que, en aras de lo anterior, se ha priorizado la creación de un trabajo etnográfico que pudiera ponerse a disposición de los informantes en los mismos idiomas en los que ellos han experimentado y construido las vivencias que precisamente lo han hecho posible y que han sido aquí recopiladas. La tercera razón responde a que, teniendo en cuenta el interés generado por el Movimiento por un Parto y Nacimiento Digno en los países hispanoamericanos, así como el hecho de que desde sus circuitos académicos y de investigación están liderando algunos de los debates más trascendentes ligados al tema en la inminente actualidad, hace previsible pensar que puede haber algún especial interés por los resultados del presente estudio antropológico en este conjunto de países, mayoritariamente de habla hispana.

Resulta relevante señalar, no obstante, la existencia de un evidente desfase temporal entre el trabajo de campo —que finalizó en 2016— y la presentación de la tesis en 2025, si bien la mayor parte de las publicaciones presentadas en el compendio se dieron en años cercanos al periodo de trabajo etnográfico. Algunas cuestiones que explican este desfase temporal tienen que ver, por un lado, con la solicitud de dos largas bajas académicas correspondientes a mis dos maternidades —a finales de 2018 y a finales de 2020—, por causas de salud de mis dos hijos que, tras sus respectivos nacimiento, requirieron especiales cuidados durante sus primeros años de vida (un diagnóstico de crecimiento intrauterino retardado severo en el caso de mi hijo, que implicó un ingreso en la Unidad de Neonatos y su correspondiente seguimiento en Neonatología hasta los tres años, y un diagnóstico de displasia de la cadera izquierda de mi hija tras su nacimiento que precisó de corrección con arnés ortopédico y seguimiento desde Traumatología hasta pasado el año y medio). Por otro lado, como consecuencia del grave ciberataque informático que sufrió la Universitat Autònoma de Barcelona en octubre de 2021, se perdió por completo el grueso de datos

bibliográficos que se habían introducido desde años atrás en el gestor bibliográfico de Mendeley —asociado a mi cuenta de correo de la universidad— y que implicó un periodo dedicado casi exclusivamente a la recuperación y restauración de toda la información perdida. Asimismo, el desfase temporal viene también explicado por mi dedicación parcial a la elaboración de la tesis doctoral al haberla compatibilizado con el trabajo profesional remunerado.

Más allá del conjunto de sucesos que fueron retrasando la finalización de la tesis doctoral, la cuestión del desfase temporal es importante tomarla en cuenta en la medida que, casi una década más tarde, sería de esperar que los escenarios etnográficos del parto digno en Barcelona hayan experimentado variaciones, sobre todo, como consecuencia del impacto de la pandemia global del COVID-19 de 2020 o de las múltiples sentencias que el Estado español ha recibido en los últimos años por casos de violencia obstétrica por parte de la Organización de Naciones Unidas, así como también por la aparición de dos Casas de Nacimiento de titularidad pública en el contexto barcelonés o el surgimiento de nuevos retos para la atención digna al embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia, por ejemplo, ante la necesidad de adaptar la asistencia de todos estos procesos a personas trans. En el transcurso de este tiempo, por bien que se ha mantenido una relación de continuidad informal con algunas personas, familias, profesionales y escenarios de los años de trabajo de campo, los cambios y continuidades que hayan podido darse respecto al periodo de trabajo de campo etnográfico deberían ser objeto de una nueva fase de estudio. Por último, el hecho de que la tesis incluya algunas referencias bibliográficas posteriores a 2016 responde a un doble interés personal y académico en el tema mantenido durante este tiempo, así como también al hecho de que era necesaria la revisión de algunas fuentes más actuales para dar respuesta a algunos aspectos planteados en los seguimientos anuales de tesis doctorales por parte del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona.

1.2.3 Organización de la tesis por compendio

La presente tesis doctoral se ha organizado en tres partes distintas. La primera parte está conformada por tres capítulos: el primero corresponde a la Introducción, donde se hace una presentación general de la investigación doctoral; el segundo es el de Metodología y trayectoria de pensamiento, en el que se abordan y se exponen todas las cuestiones metodológicas en línea cronológica y, el tercero, es el capítulo de Genealogía histórica del Movimiento por un Parto y un Nacimiento Digno. Esta primera parte de la tesis ha sido así concebida bajo el propósito de ofrecer en una misma parte todo lo que tiene que ver con la contextualización de la tesis doctoral.

La segunda parte de la tesis supone una primera inmersión etnográfica en el tema y está configurada por dos capítulos diferentes. En el primero de ellos, que es el cuarto capítulo, se aborda todo aquello relacionado con la violencia obstétrica que se ha trabajado durante la investigación doctoral, a través de dos publicaciones: por un lado, el capítulo de libro titulado «Pensar la violencia obstétrica desde la Antropología: aportaciones, propuestas y herramientas», publicado en el libro Goberna, J. y Boladeras, M. (coords) (2018) *Violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid, Editorial Tecnos; y por el otro, el artículo «La concepción de la violencia obstétrica en Barcelona: un ejemplo etnográfico de cómo los riesgos pueden derivar en un peligro colectivo contra la salud», publicado en *Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado*

Español (FAAE), Tarragona, 2-5 de septiembre de 2014. Editorial Universitat Rovira i Virgili. En el segundo capítulo de la segunda parte, que corresponde al sexto capítulo, se muestra toda la recopilación de datos sobre los escenarios etnográficos del parto digno en Barcelona mediante el uso de la herramienta de las cronografías procreativas. En este quinto capítulo se incluyen tres publicaciones: la primera es el artículo «Los procesos procreativos desde la Antropología: el caso de las madres de Barcelona por un parto respetado» publicado junto a Virginia Fons en 2016 en la revista *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, Núm. 21, 2; la segunda es el artículo «Análisis antropológico del cuerpo en los relatos de parto normal de mujeres y profesionales de Barcelona» publicado también en 2016 en *Musas. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, Vol. 1, Núm. 1. y, la tercera, es el artículo «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» publicado en 2014 en *Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español (FAAE*), Tarragona, 2-5 de septiembre de 2014, Editorial Universitat Rovira i Virgili.

La tercera parte de la tesis está dedicada a los dos estudios de caso que se llevaron a cabo dentro de la investigación etnográfica y a las conclusiones. Son dos los capítulos que integran esta tercera parte: por una parte, en el sexto capítulo se presentan los estudios de caso del Centro de Salud Familiar Marenostrum y el de la Sala de Partos de La Maternitat, respectivamente. El primer estudio de caso es introducido mediante dos publicaciones: la primera es el artículo coral escrito junto a Virginia Fons, Elixabete Imaz, Irina Casado y Meritxell Sáez titulado «Cronografías procreativas: Ejemplos etnográficos analizados desde una nueva perspectiva», publicado en 2019 en el *Monográfico Escenarios de la Parentalidad*, en la Revista de Antropología Iberoamericana (AIBR), Ed. Piella, A. y Uribe, J.M.; y la segunda es el artículo «Conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad en el parto natural: el caso del centro de salud Marenostrum de Barcelona», publicado en 2016 en *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, Núm. 21, 1. El estudio de caso de la Sala de Partos de La Maternitat se presenta como un subcapítulo. El segundo capítulo que conforma la tercera parte de la tesis recoge, por una parte, el capítulo de libro escrito junto a Jordi Vallverdú en 2019, titulado «Ectogenesis as the diluation of sex or the end of females?», y publicado en el libro Loh, J. & Coeckelbergh, M. (coords.) (2019), *Feminist Philosophy of Technology*, Berlín, Alemania y, por otra parte, así como lo que se ha optado por titular como (In)Conclusiones, en los que se recogen los pensamientos finales de la investigación doctoral.

Se hace preciso apuntar a que, en origen, no estaba previsto que la tesis doctoral fuera por compendio de publicaciones, así como también que el trabajo de campo etnográfico no fue concebido ni abordado con este propósito. La decisión de optar por una tesis que integrara el compendio de artículos y capítulos ya publicados, fue tomada, de hecho, bastante tiempo después de haber concluido la etapa de trabajo de campo, ante las dificultades para conjugar el trabajo asalariado, la crianza de los primeros años de vida de los hijos y la elaboración de una tesis doctoral con formato clásico de etnografía. Con todo, la presente tesis por compendio aúna algunos capítulos que se han escrito como en una tesis doctoral ordinaria bajo la finalidad de aportar contexto con el compendio de los ocho textos publicados durante el periodo del doctorado. Quienes se aproximen a su lectura, deberán tener en cuenta que los capítulos y los artículos compilados no son presentados cronológica sino temáticamente.

2. METODOLOGÍA Y TRAYECTORIA DE PENSAMIENTO

La tesis doctoral está fundamentada en una investigación etnográfica que ha tenido siete años de duración. Aunque podemos situarla entre noviembre del 2009 y junio del 2016, es preciso señalar que el hecho de haber realizado trabajo etnográfico en un contexto tan familiar y cercano, como en este caso es Barcelona, la ciudad donde nací, donde me he criado y donde he vivido hasta hace tan solo unos pocos años, ha implicado que a lo largo de todo este tiempo el trabajo de campo haya sido muy regular y constante, y que se haga difícil afirmar que ha tenido una fecha de finalización concreta. Sobre todo, porque las relaciones establecidas con buena parte de las familias, profesionales y algunos grupos activistas siguen siendo activa, recíprocas y frecuentes en la actualidad mientras redacto estas líneas y, en consecuencia, no ha tenido lugar una desconexión como tal ni con el tema, ni con las personas, ni con la realidad estudiada.

Desde que en el 2009 tuviera lugar una primera aproximación al campo de estudio del parto humanizado hasta el presente, la investigación ha experimentado toda una serie de cambios, ampliaciones y giros de interés relacionados con las circunstancias que, con el paso del tiempo, se iban presentando en cada momento. Por esta razón, el primer capítulo de la tesis, además de abordar el diseño metodológico de la investigación, desde su concepción teórica hasta su despliegue y aplicación en el trabajo de campo, tiene la intención de mostrar el modo en que se ha ido configurando la trayectoria de pensamiento que subyace en toda etnografía. De acuerdo con este planteamiento, se ha optado por narrar de forma cronológica las distintas fases por las que ha ido transitando la investigación doctoral.

2.1 Los orígenes de la investigación: la tesina de máster sobre el centro de salud familiar Marenostrum [octubre del 2009 - julio del 2011]

2.1.1 Del primer contacto con el trabajo de campo

La investigación doctoral dio sus primeros pasos cuando todavía no se había formulado como tal. De hecho, en el momento en que dio comienzo, realizar un doctorado era una idea imprecisa y lejana en el horizonte de los planes vitales. Como se avanzaba en las primeras páginas, surgió en el contexto del primer curso del Máster en Investigación Etnográfica, Teoría Antropológica y Relaciones Interculturales, en una asignatura pensada para que los estudiantes que no habían cursado el grado de Antropología tomaran contacto con el trabajo de campo etnográfico[2]. Por ello, cuando aterricé en el curso de preparación al parto del centro de salud familiar Marenostrum[3], el objetivo era tan humilde y poco pretencioso como llevar a cabo una prospección en el tema en un sentido muy amplio. Se trataba de hacer una primera exploración acerca del «parto natural» —en aquel momento yo lo pensaba y denominaba en estos términos—, conocer por qué las mujeres se decidían por esta opción y qué hacían para prepararse para ello.

[2] En los estudios de grado de Antropología se insiste una y otra vez en que unas prácticas iniciales de trabajo de campo no pueden ser consideradas una investigación. No es la misma situación para los estudiantes de máster que la cursaban, con una formación académica más completa y el horizonte de la tesina el año siguiente.
[3] De aquí en adelante, se empleará la fórmula reducida «CSF Marenostrum».

Desde que decidimos escoger Marenostrum como el lugar más idóneo para que realizara mis prácticas de campo, se pusieron en marcha los preparativos para materializar mi acceso al campo. Mi primer contacto con el centro, aunque siempre subrayo que también fue con el mundo del parto humanizado en Barcelona, fue de la mano de la comadrona María Calvo. Fue ella quien, en nombre del equipo de matronas de Marenostrum, me remitió un correo electrónico para comunicarme que habían aprobado mi solicitud para llevar a cabo mis prácticas de campo dentro del programa de preparación al parto que ofrecían. De modo que aquella circunstancia determinó que se convirtiera en mi primer contacto etnográfico. Tras intercambiar un par más de correos electrónicos, en donde respondí agradecida por que me acogieran allí, ambas estuvimos de acuerdo en que antes de comenzar a hacer observación en las sesiones de preparto, era conveniente que nos reuniéramos en persona para conocernos y para que María pudiera explicarme algunas cuestiones básicas sobre su funcionamiento. Pero aquel 30 de octubre del 2009 cuando fui al centro de salud y a conocerla en persona, contra pronóstico, supuso un inesperado baño de realidad acerca de cómo es la vida cotidiana de las comadronas que se dedican a atender partos en casa.

Cuando llegué al centro y le expliqué a la recepcionista que buscaba a María Calvo, con quien tenía concertada una cita, desenganchó una nota adhesiva de su ordenador, se aseguró que mi nombre era el mismo que constaba escrito en él, y después me informó en seguida, encogiéndose de hombros, de que María había tenido que salir a atender un parto. Como por correo electrónico no habíamos intercambiado los números de teléfono todavía, había sido imposible para María localizarme para ponerme en aviso de la situación. De modo que había dejado un recado para mí con una disculpa y una propuesta para volver a citarnos unos días más tarde. Aunque esa solo fue la primera vez, con el paso del tiempo aprendí que las comadronas independientes que asisten partos domiciliarios, y también las doulas, pueden desaparecer en cualquier momento. Y que quienes conviven con ellas en el día a día acaban asumiéndolo primero con resignación y después con cierta dosis de satisfacción por saber que cuando se marchan es por una buena razón. Pese a que aquel día me fui sin haber conocido a María, en cierto modo sirvió para poder tener un primer contacto y anotar algunas ideas iniciales sobre las características físicas del centro.

Cuando acudí de nuevo cuatro días más tarde María Calvo estaba esperándome, por lo que pudimos por fin conocernos en persona y tener nuestra primera reunión, buena parte de la cual transcurrió en la estancia del centro que constituía el consultorio del equipo de comadronas.

Inicialmente, el encuentro con María Calvo se definió por un tono distendido pero formal. Al principio abordamos los temas más básicos: ella me habló del funcionamiento del centro, de cómo se organizaba el curso de preparación al parto, cuáles eran el resto de los servicios que ofrecía el centro, relacionados tanto con el embarazo, como con el parto, el puerperio y la crianza; por mi parte le expuse los humildes objetivos que pretendía con mis prácticas de campo. En aquel momento, en Marenostrum existían dos grupos diferenciados de preparación al parto: uno que se reunía semanalmente cada martes por la tarde y otro que lo hacía cada quince días los viernes por la tarde. Decidimos que era más conveniente que me incorporara al grupo de los martes. También acordamos que acudiría a las sesiones que se programaban cada último viernes del mes, donde se invitaba a las familias que el mes anterior habían experimentado el nacimiento de sus hijos en casa, asistidos por las comadronas del centro, para que fueran a relatar y compartir sus vivencias con las madres y padres que se encontraban cursando la preparación al parto, independientemente de si habían optado por el parto domiciliario o no.

No se estableció en la reunión ningún tipo de condición o retribución a cambio de que realizara allí las prácticas de campo. María Calvo únicamente sugirió que para el equipo de comadronas podía ser interesante un informe sobre lo que se percibía en los cursos desde una mirada externa. Pero explicitó que compartir mis observaciones o análisis de los datos etnográficos con ellas era una opción que dejaba a mi propio criterio, sin obligaciones. Lo que implicó que el trabajo de campo contara en sus inicios con un considerable margen de libertad para mí como etnógrafa.

Después de tratar toda esta serie de temas, de carácter más logístico, el tono del encuentro comenzó a ser más distendido y devino en una conversación normal. Uno de los hechos que sin duda contribuyó a este cambio tuve que ver con que María me hablara de las fotografías y tarjetas de agradecimiento que se amontonaban en un par de corchos colgados en la pared, sujetadas con chinchetas. Según me contó, se trataba de presentes que las familias les hacían llegar para mostrar su gratitud por haberlos acompañado durante el embarazo y el parto de sus hijos. De pie y delante de aquellos murales, María me contó algunas historias anecdóticas conectadas a varias de aquellas fotografías. Fue así como averigüé que se había formado como comadrona en Inglaterra, lo que sin duda dio un giro inesperado a nuestra reunión, que desde ese momento tomó un formato semejante al de una entrevista informal, del todo improvisada. En ese contexto tomé contacto por primera vez con la historia reciente de las matronas en España, con la categoría de «evidencia científica» a la que María refería con frecuencia o con la idea de que cuestionar el modo de parir es un asunto feminista[4]. Mientras María me hablaba de todo ello, interconectando unos temas con otros, mostrándome cuál era su posicionamiento ante la forma de pensar el parto en nuestro entorno social, y por el hecho de que el tiempo del encuentro se iba dilatando, acabamos yendo a la pequeña cocina del centro a prepararnos un té. Durante mis estancias de trabajo de campo en el CS Marenostrum el té se acabaría convirtiendo en un elemento de cotidianeidad que caracterizaría aquel espacio etnográfico. Aquello contrastaría con otros escenarios etnográficos donde se me ofrecerían otras bebidas, lo que me haría descubrir que ello guardaba relación con aspectos nutricionales integrados en los discursos que se proyectaban en cada uno de los lugares donde se realizó el trabajo de campo. Mi propia experiencia como etnógrafa acabaría, de hecho, vinculada a una especie de catalogación sinestésica que automáticamente pone en conexión los diversos escenarios etnográficos con distintas tipologías de bebidas.

Compartiendo la menuda superficie de una mesita de madera, nos encontramos allí con dos mujeres a quienes María me presentó. Se trataba de Àngels, preparadora corporal de las clases de preparación al parto, y Ana, doula y asesora de lactancia que también conducía un par de sesiones del programa. La coincidencia dio la oportunidad a María de presentarnos y comunicarles que en las siguientes semanas nos iríamos encontrando en el curso preparto. Mientras el té reposaba, María me llevó a conocer algunos espacios del centro, como la sala donde transcurrían las clases y el vestuario. Insistió en que era necesario respetar la norma de no entrar con zapatos de la calle a la sala. Más allá de esta indicación, no hubo ninguna otra condición acerca de cómo debería vestir cuando realizara las observaciones. Tampoco se me demandó ningún otro tipo de elemento identificativo.

Al volver de nuevo con el té de hierbabuena recién preparado al consultorio de las comadronas, las palabras de María se fueron enfocando en episodios de carácter más

[4] La cuestión sobre el peso fundamental que tiene la evidencia científica en los discursos pro dignificación del nacimiento es abordado en la parte etnográfica de la tesis.

personal relacionados con su formación como comadrona, el significado y el papel que para ella tiene su oficio, sobre todo, para quienes lo ejercen de manera independiente atendiendo partos en casa, como en su caso, y varios episodios vitales especialmente relevantes de su biografía estrechamente ligados a su trabajo como matrona. En algún momento de aquel tramo final de nuestro encuentro, que ya se desarrollaba en un ambiente de mayor confianza e intimidad, me di cuenta de que desde el principio me había sentado en la parte del escritorio que correspondía a las matronas: los cajones, los documentos, los objetos del escritorio estaban dispuestos para ser manejados desde mi posición. Fue solo la primera de múltiples torpezas que cometería en las siguientes semanas a raíz de mi escaso dominio como etnógrafa. Al mismo tiempo, que María no me señalase en ningún momento aquella equivocación me llevó a intuir que no se trataba de alguien a quien interesara especialmente reivindicar el lado «experto» de la mesa.

El devenir de aquel primer encuentro con María Calvo, que se prolongó por tres horas, sería fundamental porque desde ese momento se convirtió en la primera informante clave, y la más antigua de toda la etnografía. Alguien que ha supuesto un punto de referencia capital durante toda la investigación doctoral.

Resulta imprescindible señalar cuatro aspectos que son de gran importancia para comprender la línea de partida desde la que comenzó el trabajo de campo etnográfico. El primero de ellos tiene que ver con el considerable grado de desnudez del que estuvo revestida mi aproximación al tema y a la realidad estudiada. Más allá de las notas biográficas que me habían llevado a saltar al abismo de la madriguera, mis conocimientos sobre antropología eran todavía muy limitados puesto que acababa de comenzar el máster; de mis conocimientos, en concreto, sobre antropología de la procreación podría decirse que eran prácticamente inexistentes. Me sumergí en el trabajo de campo en las clases de preparación al parto del centro Marenostrum con los bolsillos literalmente vacíos, sin haber llevado a término ninguna lectura especializada[5].

En segundo lugar, precisamente a razón de este posicionamiento preliminar, que prácticamente podría concebirse como el de una *tabula rasa*, se encuentra sensiblemente conectado el hecho de que durante mi primer acercamiento al CSF Marenostrum no me planteara, ni problematizara, que mi acceso al campo tuviera que estar mediado por el centro de salud, entendiéndolo a este como una institución. Que mi presencia allí tuviera que ir irremediablemente de la mano de quienes integraban tal institución era un asunto que no me cuestioné en modo alguno al principio porque no se me ocurrió que pudiera haber alguna otra posibilidad que no fuera aquella. En este sentido, las reflexiones acerca de las limitaciones, desventajas y conflictos que ello produce para el etnógrafo en su camino para acercarse al campo es algo que vino más tarde, justamente cuando este tipo de cuestiones comenzaron a materializarse ante mis ojos en el propio desarrollo del trabajo de campo. Por tanto, fue la experimentación de estas problemáticas lo que promulgó que, mucho después, me interesara por buscar textos en que otros antropólogos mostraran sus

[5] En las sesiones introductorias del máster para prepararnos para el trabajo de campo etnográfico, se nos advirtió de los riesgos de sobrecargarnos de lecturas bibliográficas, en el sentido de que nos impidieran de algún modo mantener la mirada abierta, holística, necesaria para entrar en el campo. Por supuesto, se insiste en que nadie es un folio en blanco (ecuación personal, nociones, posicionamientos, irrenunciables ideológicos, etc.) y, por tanto, es importante ser consciente de todo ello y cómo puede interferir en el trabajo de campo. En mi caso particular, la entrada en el campo se inició sin repaso bibliográfico, sobre todo, por una cuestión de tiempo y de necesidad inmediata de comenzar el trabajo etnográfico. Puede considerarse, sin descuentos, el mayor ejercicio de atrevimiento que a nivel metodológico integra la investigación etnográfica, pero, por otro lado, fue especialmente interesante, más tarde, descubrir en los textos múltiples y diversos aspectos que previamente se habían registrado de primera mano en el trabajo de campo.

propias experiencias con relación a este aspecto con el objetivo de originar un debate metodológico y clarificar algunos principios básicos para su abordaje en la práctica etnográfica.

El tercer aspecto reseñable que debe tomarse en cuenta tiene que ver con la exigua formación con la que en aquel momento contaba sobre el feminismo, al menos de forma explícita. Por un lado, porque, de igual modo que —sorprendentemente— sigue ocurriendo actualmente a muchas jóvenes durante los primeros años de la veintena, entonces no me parecía necesario profundizar en tales corrientes de pensamiento[6]. Por el otro, también debió influir que en mis estudios de licenciatura en Humanidades el feminismo era un asunto con una presencia claramente residual. En ese sentido, fue detonante la circunstancia de que María Carballo se convirtiera en mi tutora de las prácticas de campo, puesto que su trayectoria como antropóloga feminista sería clave para, más tarde, establecer un puente de conexión entre el tema de estudio de la investigación y el feminismo, en general, y la antropología feminista, en concreto.

La cuarta y última cuestión, aunque no por ello la menos relevante, sino todo lo contrario, es que, por no contar anteriormente con formación antropológica, no tenía ningún tipo de experiencia previa con la etnografía. Las clases de preparación al parto en Marenostrum supondrían, por todo, mi bautismo en el arte del trabajo de campo etnográfico. Es importante mostrarlo así por la doble naturaleza que implicaba el reto: familiarizarse con el campo, pero también hacerlo con una metodología nunca antes aplicada.

La primera observación de la investigación tuvo lugar el 10 de noviembre del 2009. Las clases del grupo de preparto que se reunía semanalmente los martes solían comenzar a las 19 h de la tarde, y aunque teóricamente acababan a las 21 h, siempre solían alargarse más allá de las 21:30 h, como mínimo. Las profesionales que se encargaban de conducir las clases tenían como lema que nadie se marchara sin haber resuelto todas las dudas. Las parejas solían comentar que las clases nunca acababan puntuales porque se creaba un ambiente tan confortable, cómodo, de confianza, que resultaba difícil ponerle fin.

Si bien la primera sesión sirvió para poder observar de forma directa algunos aspectos del funcionamiento del centro de los que María Calvo me había hablado, también fue la ocasión de contemplar algunas otras dinámicas que no había mencionado, pero que con el tiempo se convirtieron en centrales para el trabajo de campo. Uno de los ejemplos más ilustrativos fue el de descubrir el vestidor por el que los asistentes al curso pasaban antes y después de las sesiones para descalzarse/calzarse o cambiarse de ropa. Un lugar que había que tener en cuenta porque no estaba transitado por las profesionales del centro (probablemente por ello María no me habló de él), pero donde por el contrario emergían un sinfín de dinámicas e interacciones entre los asistentes al curso. Descubrirlo implicó que avanzara la llegada al centro los martes por la tarde para poder realizar observaciones desde que los usuarios empezaban a venir y también alargar el tiempo hasta que se había

[6] En mi caso particular, probablemente fuera determinante haber crecido en una familia donde los roles de género que tradicionalmente han vinculado en nuestro entorno cultural a los hombres con el trabajo asalariado fuera del hogar y a las mujeres con el cuidado de la casa y de la prole no se reprodujeron según este patrón. Crecí en un entorno donde madre y padre participaban de forma activa y equilibrada tanto en la manutención de la economía familiar con trabajos asalariados fuera del hogar, como en las tareas domésticas, como en el cuidado de la progenie. Algo que quedó patente incluso después de su divorcio, cuando acordaron para mí una especie de custodia compartida en un momento en el que no era este el modelo por el que se regulaba la repartición de la guarda y custodia de los hijos. Por todo ello, me llevó un tiempo comprender que aquella normalidad en la que me crie no lo era en absoluto en el resto de las casas, así como tampoco en las relaciones establecidas, por lo general, entre hombres y mujeres.

marchado el último. Además de en el vestidor, más tarde amplié las observaciones fuera de él, en la zona de entrada y recibidor y el pasillo que hacía comunicar este punto con el vestuario y la sala. E incluso en las escaleras del edificio y la puerta de entrada a este, donde también era posible captar informaciones interesantes por parte de los usuarios. En resumen, los principales espacios donde se llevaron a término las observaciones en el centro de salud fueron: la zona de la puerta de entrada al edificio, las escaleras y el descansillo, el recibidor, el vestuario, la sala donde se hacían las clases y el pasillo que conectaba todos estos espacios.

Desde la primera observación se pusieron de manifiesto algunas de las problemáticas relacionadas con entrar al campo de la mano del equipo del propio centro. En la reunión previa que mantuve con María insistí en la importancia de ser yo misma quien me presentara al grupo y quien explicara cuál era el motivo que me hacía estar allí. Por esa razón, cuando aquel primer martes María dio comienzo a la clase, en seguida me invitó a tomar la palabra. Tras presentarme e informar brevemente al grupo sobre cuál iba a ser mi papel de observadora participante en las clases de preparto, inmediatamente después, María se mostró contenta por mi presencia argumentando que era positivo que «los científicos» se mostraran interesados en lo que hacían allí. Aunque por supuesto pretendía un cálida bienvenida, me preocupó mucho que, a pesar de haberme presentado como estudiante, los integrantes del grupo me vincularan con una imagen de rigurosidad y formalidad como la que se ha venido atribuyendo socialmente a la figura del científico. Una imagen que no solo estaba muy alejada de mí y mis intenciones, sino que, en caso de haber permeado en las personas del grupo, podía suponer una dificultad a la hora de entablar relaciones etnográficas. Aquella inquietud se mantuvo presente las primeras semanas de observación. No obstante, más pronto que tarde empezaría a comprender que tenía ante mí un colectivo de sujetos familiarizados, en mayor o menos medida, con la investigación y que, además, otorgan especial valor a esta actividad.

Los grupos de preparación al parto de los martes del CSF Marenostrum solían estar conformados por un mínimo de veinte personas y un máximo de veintiséis. El volumen total de los asistentes, no obstante, era posible desgranarlo a su vez en unidades más pequeñas, conformadas por las parejas. La interacción entre las personas del grupo, así, se daba a dos niveles: entre los individuos del grupo, y a su vez entre las parejas. Las parejas heterosexuales que esperaban su primer hijo eran el perfil mayoritario. Y lo más usual era que a las clases acudieran ambos miembros de la pareja. Una de las características más ilustrativas del grupo del curso preparto, de igual modo que sucede con todos, es que por definición está sujeto a una dinámica cíclica en la que los participantes entran y salen del grupo constantemente y sin aviso previo. El número de personas que lo configuran fluctúa en cada nueva sesión, y lo mismo sucede con las personas que están en él integrados. Por ello, la adaptación y gestión de un grupo de personas sistemáticamente mutante, y sobre todo el hecho de que en cualquier momento pudiera darse la situación en que salieran de él cuando se producía el parto, fue una de las principales dificultades de esta etapa inicial de aproximación al campo.

Pese a lo anteriormente mencionado, se hizo posible comenzar a tejer relaciones etnográficas. Por un lado, se desarrollaron con las futuras madres y futuros padres a base de los encuentros repetidos en las clases, las conversaciones informales en el vestuario, en el vestíbulo e incluso a la hora de ir a tomar juntos el metro. Fue notable que el acercamiento con las mujeres del grupo estuviera más vinculado a que se abrieran a compartir conmigo sus particulares historias, anécdotas, problemas y sensaciones corporales ligadas a la fase

de gestación por la que se encontraban transitando. En contraste, una parte considerable de las relaciones etnográficas que se entablaron con los padres se iniciaron porque se acercaban para preguntar detalles sobre mi trabajo, los procedimientos que iba a seguir para llevarlo a término o los motivos que me habían conducido a interesarme por aquel lugar en vez de por cualquier otro de Barcelona.

Por otro lado, la sucesión de las clases, que iban combinando temáticas distintas cada vez, permitió también poder empezar a conocer personalmente al resto de profesionales que participaban en el curso. Compartiendo una taza de té antes de que empezaran las sesiones, colaborando con ellas para preparar la sala con el material que los asistentes iban a precisar ese día e incluso contribuyendo a ordenar y mejorar el aspecto del vestuario antes de que llegaran las parejas, empecé a tomar contacto con Àngels, la preparadora corporal del curso, con Ana, la asesora de lactancia y doula, así como con Sonia, junto con la que María formaba parte el equipo de comadronas, y con Luisa, una matrona recién titulada que, venida del norte de España, estaba haciendo unas prácticas con María y Sonia para aprender y especializarse en la atención de partos domiciliarios. Aunque con todas se mantuvo una relación fluida y cordial, el paso de las semanas hizo evidente que, por ese tipo de aritméticas de las afinidades humanas, se creara un vínculo más fuerte y cercano con María y con Sonia. En este sentido, fue un punto de inflexión la tarde del 5 de enero del 2010, que era martes, cuando aparecí en el centro para asistir como siempre a la clase semanal de preparación al parto. Al encontrarme allí, María y Sonia en seguida me explicaron que por ser la Noche de Reyes ese día no habría clase y se disculparon por no haberse coordinado para avisarme. Sin embargo, llevó aquello a que me acabaran invitando a sumarme a ellas para ver juntas la cabalgata de los reyes magos de Barcelona desde los balcones de la sala. Aunque reaccioné con sorpresa y duda ante tal inesperada proposición, se encargaron de guardarme la chaqueta, prepararme un té y decirme que lo íbamos a pasar muy bien. Cierto fue que aquellas horas de ocio espontáneo fue la puerta de entrada a conocernos desde una perspectiva más personal e íntima. Algo que ha continuado siendo así desde entonces y hasta el presente.

Por bien que no estaba así contemplado en los objetivos de lo que en aquel momento todavía era un trabajo introductorio para una asignatura, en aquella fase de trabajo etnográfico se llevaron a cabo dos seguimientos espontáneos, pero no planificados, que vinieron dados por la relación que se estableció con las dos parejas con las que compartí un tiempo más extenso del curso preparto. No hubo, por esa razón, un criterio de selección de la muestra reflexionado o fundamentado en aquel momento. Los motivos por los que fue posible registrar el seguimiento del embarazo y la preparación al parto de estas dos parejas respondió más al acercamiento que se dio entre nosotros en el decurso de la cotidianeidad de las sesiones. Según consta anotado en los diarios de campo, con M. establecí una relación más cercana a partir de un día en que coincidimos en el vestuario y le ofrecí mi ayuda para deshacerle los lazos de los cordones de sus zapatos ante las dificultades que visiblemente tenía, según me dijo después, porque la panza le había crecido mucho desde hacía un par de semanas. A I. empecé a tratarla en un plano más próximo desde una sesión de preparación corporal en que, como su pareja no pudo venir, me preguntó si me apetecía ayudarla a realizar los ejercicios físicos que eran en pareja y acepté. Nada más allá del propio fluir de lo cotidiano, como decía.

Para aquella fase, se firmó un documento de consentimiento informado muy básico en donde el CSF Marenostrum aceptaba de manera formal mi presencia en las clases de preparación al parto y las observaciones relacionadas con ellas en sus instalaciones. Esta

información se trasladó a los asistentes al curso en todas las sesiones durante la rueda de presentaciones con la que se solía comenzar la clase. Se puso a disposición de las parejas la posibilidad de contar con una copia del consentimiento informado por si deseaban conocer los detalles acordados para aquel trabajo. También se les ofreció la posibilidad de renunciar formalmente a que la información que allí compartían fuera registrada. Y se les comunicó igualmente que los datos serían todos anónimos con el objetivo de preservar su identidad e intimidad. Nadie del grupo demandó ninguna de estas opciones, no obstante, como se apuntó antes, sí que algunas personas se mostraron interesados verbalmente en que les ampliara información y les explicara detalles más concretos sobre las observaciones, así como el uso que se iba a hacer de ellas.

Más allá del trabajo de campo, esta fase supuso un proceso de aprendizaje intensivo sobre cómo elaborar de forma adecuada el diario de campo. Las sesiones de escritura se solían producir en las siguientes veinticuatro o treinta y seis horas siguientes a la observación. Los tiempos de escritura fueron al principio realmente muy largos porque era esencial plasmar descripciones muy precisas sobre el centro, los asistentes, los profesionales. Pese a la intensidad que inicialmente suponía llevar al día el diario de campo, con el paso de las semanas y la práctica, se fue convirtiendo en un ejercicio más llevadero.

El trabajo final de la asignatura, que consistía en volcar la información etnográfica más relevante que se había recogido y hacer una valoración sobre la aplicación de la observación participante, supuso el primer ejercicio de revisión y sistematización de los datos etnográficos recopilados. Fue un ejercicio de gran utilidad, porque permitió plantear ciertos interrogantes que, más tarde, se convertirían en las preguntas iniciales de investigación. Algo que ocurrió cuando se hizo evidente que valía la pena darle continuidad a aquella línea de investigación iniciada y dedicar la tesina del máster a elaborar un estudio de caso del CSF Marenostrum.

2.1.2 De las prácticas de campo a la tesina de máster

Antes de que se pusieran en marcha los motores para trabajar en lo que propiamente sería la investigación para la tesina de máster, el recorrido del estudio se detuvo en dos estaciones intermedias que tuvieron su importancia. La primera de ellas se llamaba «Métodos de Investigación» y, en la secuencia diseñada para el programa de estudios de la Licenciatura de Antropología de la UAB, que busca simular las fases de la investigación antropológica, suponía el siguiente paso después de las prácticas de campo. El objetivo pragmático de la asignatura, que entonces impartía Aurora González, tenía que ver con la formulación de hipótesis de acuerdo con los datos recogidos en el trabajo de campo exploratorio de la asignatura «Prácticas de campo I». Ello condujo a volver a tomar los datos, profundizar más en algunas ideas clave, formular hipótesis y preanalizar cuál podía ser su alcance y su universo de aplicación.

La segunda estuvo vinculada al bloque denominado «Antropología del Género», que cursé durante mi segundo año, ya inmersa propiamente en los estudios de máster, y que estaba coordinada por Verena Stolcke. Como evaluación de aquel módulo llevé a cabo la elaboración de un monográfico que se concibió como un viaje de ida y vuelta: una primera parte se enfocaba en la historia de la maternidad y en cómo se ha ido configurando en las sociedades occidentales el rol materno, mientras que en la segunda se trataba de deconstruir la figura de la madre a través de las distintas miradas que habían tenido las corrientes feministas sobre la maternidad y su impacto en la vida de las mujeres. La toma

de contacto con un marco teórico feminista fue reveladora porque contribuyó a detectar diversos elementos centrales a los que, durante la tesina, y después en la investigación doctoral, cabría prestar atención.

En el transcurso entre el trabajo preliminar de las prácticas de campo y la planificación de la tesina ocurrieron algunos cambios reseñables. Uno de los más significativos fue que la tutorización de la investigación pasó a las manos de Virginia Fons que, por su trayectoria, contaba con un perfil conveniente para orientar una investigación relacionada con la salud procreativa y, ciertamente, desde que Virginia Fons se incorporó al proyecto ha formado parte de él hasta la consumación de la tesis doctoral y es notable la influencia que ha tenido su rol como directora.

Con el propósito de adecuar el volumen del trabajo a los requisitos formales de la tesina, acordamos ahondar en tres ejes temáticos que en el trabajo de campo exploratorio habían emergido significativamente: la conceptualización del cuerpo, la noción de persona y las ideas asociadas a la maternidad.

Para alcanzar tales propósitos, se planificó una nueva etapa de trabajo de campo en el marco del programa de la preparación al parto de Marenostrum. Por razones de simetría, se estableció que tuviera una duración equivalente a la que había tenido la primera etapa de trabajo de campo, es decir, tres meses. Así, este segundo periodo de trabajo etnográfico se efectuó durante el mes de abril, mayo y junio del 2011.

A diferencia de la primera fase de trabajo de campo, que había tenido un carácter exploratorio, se concibió la segunda como un periodo con una intención más descriptiva, explicativa y, en lo posible, también interpretativa. Por esta razón, a la observación participante, que continuó siendo la técnica principal de recopilación de datos, se le sumó la iniciativa de llevar a término algunos seguimientos de casos específicos que pudieran aportar información más específica y detallada sobre cómo las asistentes al curso iban configurando su discurso, la vivencia del embarazo y los preparativos para el parto a medida que este avanzaba. En el campo, ello se traduciría en la combinación de la observación participante con entrevistas informales, pero regulares que, a lo largo de las semanas, y siempre dentro del marco de las clases de preparto, iría manteniendo con las personas seleccionadas para los seguimientos de casos. Al grueso de datos generales que se recopilaron sobre las parejas asistentes a las sesiones, se pudieron sumar finalmente cuatro seguimientos de mujeres embarazadas. Si bien en el trabajo de campo no se discriminó ningún aspecto, y todos los sujetos de la realidad estudiada se incluyeron en él, cuando se traspasó la primera mitad del tiempo previsto del trabajo etnográfico, se decidió que, ante el volumen tan grande de información contenido en los diarios de campo, la tesina se enfocaría con especial atención en las vivencias, las narrativas y las prácticas de las gestantes.

Fueron tres los criterios de selección que se tuvieron en cuenta para elegir qué perfil de mujeres asistentes al curso eran los más idóneos para el seguimiento. Por un lado, resultaba sustancial que se tratara de gestantes que mostraran una intención clara de tener un parto fisiológico[7]. Aunque el programa del CSF Marenostrum es conocido en la ciudad de Barcelona precisamente por estar especializado en ayudar a las mujeres que así lo desean a conseguir este tipo de parto, no todas se inclinaban de igual forma, ni con la misma

[7] A lo largo del texto, el parto fisiológico será entendido como aquel tipo de parto que se desarrolla de forma espontánea de principio (inicio de los pródromos, primeras señales del parto) a fin (nacimiento del bebé y alumbramiento de la placenta), sin intervenciones de ningún tipo durante el proceso (ni medicalización, ni instrumentalización).

intensidad, por esta opción. Sobre todo al principio, cuando se encontraban empezado el curso. En ese sentido, se buscaron mujeres que manifestaran un interés y una actitud activa ante el hecho de conseguir un parto fisiológico y que, por extensión, mostraran una preferencia acentuada por este tipo de parto por encima del resto de opciones para dar a luz, precisamente, porque el objetivo primordial, y diferenciador, de la investigación doctoral es el de conocer la mirada de las mujeres que eligen un parto fisiológico, tomándose en cuenta que ya existen otros trabajos etnográficos que exploran la perspectiva de mujeres que optan por otro tipo de elecciones para sus partos. Por el otro lado, se pensó que la muestra debía presentar algunas variables mínimas para evitar que la homogeneidad impidiera presentar un mínimo grado de diversidad. Y que tal diversidad debía ser proporcional a su representación dentro de la muestra total. Por supuesto, a los dos criterios anteriores debía sumarse la coincidencia de que estuvieran interesadas en que su caso particular quedara registrado en mayor detalle. En estos cuatro casos, sí que se puso a disposición de las informantes un documento de consentimiento informado que formalmente recogía su inclusión en el estudio y donde podían expresar, bajo rúbrica, su aprobación para la realización del seguimiento.

Se eligieron a cuatro mujeres informantes, dos de las cuales optaron por tener un parto fisiológico en el contexto hospitalario escogiendo hospitales públicos. Las otras dos mujeres incluidas en la muestra, en contraste, decidieron planificar un parto en casa. Tres de ellas iban a convertirse en madres por primera vez, mientras que tan solo una esperaba a su segundo hijo. Con el propósito de aumentar la muestra, a estos cuatro casos se añadirían para la elaboración de la tesina el análisis de los dos seguimientos espontáneos que se había realizado en la primera etapa de trabajo de campo; sus características coincidían con los criterios de inclusión. Se trataba de dos casos de mujeres gestantes, ambas también primerizas, de las cuales una se había decantado por la opción de tener un parto fisiológico en casa, mientras que la otra había preferido dar a luz en un hospital materno-infantil de titularidad privada. Estos dos casos concretos se integraron formalmente en el estudio después de volver a ponerme en contacto con estas dos personas, que hacía ya un año que habían terminado el curso preparto. Tal circunstancia se hizo posible gracias a la ayuda prestada por Sonia y María, las comadronas del centro de salud, que guardaban todavía sus datos de contacto. Ese fue el camino que también llevó a poder poner a disposición de estas dos mujeres el consentimiento informado para incluir sus seguimientos en el estudio.

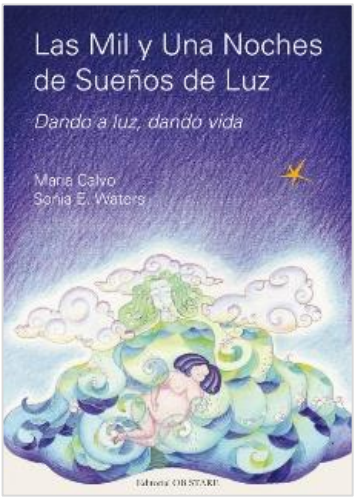


Imagen 1. Portada del libro *Las Mil y Una Noches de Sueños de Luz*, publicado por María Calvo y Sonia E. Waters, comadronas de Marenostrum.

Por todo lo anterior, al volumen de datos etnográficos global sobre los actores vinculados al curso de preparación al parto en Marenostrum, tanto de la primera fase de trabajo de campo (desde noviembre del 2009 a enero del 2010) como de la segunda (desde abril hasta junio del 2011), que incluía datos etnográficos de 68 sujetos en total, también se sumaron los siete seguimientos de casos individuales.

Aunque entre la primera etapa de trabajo de campo y la segunda había transcurrido poco más de un año de tiempo, había ido manteniendo el contacto con María y Sonia. Entre otros de carácter menos relevante, uno de los principales motivos por los que la

comunicación, esporádica pero regular, continuó, fue que en ese periodo de tiempo ambas se encontraban coordinando la publicación de un libro. Se trataba de un libro conmemorativo que, en su XII aniversario de la existencia de Marenostrum, quería dar a conocer al público la trayectoria como centro de salud familiar, sobre todo en su dimensión de acompañar partos en casa, aspecto sobre el que es un lugar de referencia histórico en la ciudad de Barcelona. Recopilaba, por ello, decenas de historias de embarazo, parto y crianza de familias que habían planeado dar a luz en casa con el equipo Marenostrum. Con motivo del proceso de creación de esta publicación, María y Sonia me invitaron a colaborar en el libro, haciendo un aporte modesto sobre aspectos antropológicos relacionados con el denominado «nacimiento/parto lotus», una práctica muy minoritaria ligada al parto en casa, que básicamente consiste en no cortar el cordón umbilical del bebé después de nacer, con el fin de que este se desprenda espontáneamente, lo que suele ocurrir aproximadamente durante la primera semana de vida del recién nacido, y que implica que los cuidados de este se extiendan a la placenta, a la que sigue unido durante todo ese tiempo. Se trataba de una práctica con la que había tomado contacto durante mi primer periodo de trabajo de campo allí, a raíz de la experiencia de una pareja a la que conocí en una de las sesiones del último viernes de mes, que vinieron a explicarla y compartirla con parejas que todavía se encontraban cursando la formación preparto y planificando el nacimiento de sus hijos. El sumo interés que entonces me produjo descubrir aquella práctica propició que me adentrara en recopilar información sobre ella y realizar lecturas sobre las escasas fuentes que en aquel momento había disponibles sobre el tema. Por el hecho de que María y Sonia sabían del interés que el parto lotus me había generado, les pareció una buena idea pedirme una colaboración para el libro sobre esta temática.

El libro, titulado *Las Mil y Una Noches de Sueños de Luz*, finalmente se publicó en la primavera del 2011, tan solo unas semanas antes de que comenzara la segunda etapa de trabajo de campo en Marenostrum.

Entre el final de la primera y el comienzo de la segunda fase de trabajo de campo en el CSF Marenostrum, como antes apunté, pasó algo más de un año. Es decir, que se había producido un distanciamiento considerable con aquel escenario etnográfico. No obstante, no habían tenido lugar grandes cambios en las dinámicas asociadas al curso preparto. Por eso, esta vez, el hecho de contar con una experiencia previa con los espacios y de tener ya establecida una relación de conocimiento mutuo con el equipo de profesionales, definió una entrada en el campo algo más relajada. En esta nueva etapa, la recopilación de datos etnográficos siguió proviniendo de la observación participante como principal técnica de investigación. Pero es cierto que fue una etapa más activa, en el sentido de que en los momentos informales de interacción con las parejas y con las profesionales del centro se hacían más preguntas y se buscaba resolver de forma integral las dudas que me iban surgiendo acerca de múltiples temas. También se aprovechaban estos momentos informales, que siguieron siendo indispensables para ir tejiendo relaciones etnográficas con las madres y los padres, y para plantear los seguimientos.

La intención de elaborar seguimientos personalizados provocó ciertas transformaciones en el devenir propio del trabajo de campo. Por ejemplo, permitió ampliar las observaciones a un nuevo espacio, que en la primera fase del trabajo de campo no había estado incluido: el consultorio de las comadronas. El hecho de que dos de las informantes de los seguimientos hubieran decidido planificar su parto en casa con el equipo de comadronas del centro de salud, implicaba que también realizaran allí las visitas médicas durante el embarazo. Ese fue el motivo de que cuando dio comienzo el primer seguimiento

de una madre que pariría en casa con el quipo Marenostrum, ella misma me propusiera que realizara observaciones durante las visitas. Algo que también se acabó llevando a término con la otra mujer embarazada que iba a tener un parto domiciliario y que participaba en los seguimientos de casos individuales de la investigación doctoral. Por otra parte, algunas mujeres del curso de preparación, a pesar de hacer las visitas de control durante la gestación fuera del centro de salud, a veces también pedían visitas con las comadronas de Marenostrum para contar con segundas opiniones, para aclarar dudas que en los CAP, los hospitales o las clínicas privadas no habían podido resolver o, en no pocos casos, para buscar ayuda con la gestión emocional de aspectos del parto por los que sentían miedos, preocupaciones o inquietudes más acentuadas. De modo que esporádicamente también fue posible registrar visitas puntuales de algunas de estas mujeres, entre las que se encontraba una de las gestantes a quien se les estaba llevando a cabo el seguimiento. A raíz de esto, se incrementaron las horas de observación más allá del curso de preparto y se pudieron recopilar datos etnográficos nuevos, de un tipo diferente a los que se habían recogido hasta el momento.

En el plano metodológico, los seguimientos de casos particulares originaron, además, que emergiera por primera vez en la investigación la idea de etnografiar un parto. Y puede que lo más sorprendente sea que tal cosa se les ocurriera a las informantes con quien mantenía una relación más cercana, mientras por mi parte no había contemplado en momento alguno incluir tal opción en el corpus de trabajo de campo. Pero es cierto que en las ocasiones en que las personas del grupo de preparto se mostraban interesadas por saber más cosas sobre la investigación etnográfica, era muy frecuente que me preguntaran por este aspecto. Lo hacían, y es interesante que sea así, formulando siempre la interrogación desde la suposición de que, por supuesto, también realizaba observaciones durante los partos. Y por ello, era usual que reaccionaran generalmente con desconcierto cuando les decía que no. A su vez, aquel asombro que captaba con reiteración en los informantes me generaba cierto estupor.

Existen muchos motivos por los que nunca efectué una observación directa de un parto durante el trabajo de campo desarrollado en Marenostrum, a pesar de que algunas informantes cercanas, especialmente las que iban a dar a luz en casa, se brindaran a ofrecérmelo. Entendí sus proposiciones como un gesto de gran generosidad por parte de mis informantes. Pero también las tomé siempre con una prudencia extrema. Aunque será en la tercera parte de la tesis doctoral donde se abordará todo lo relacionado con los valores, creencias y principios que aglutina la filosofía del parto y el nacimiento dignificado, se hace necesario avanzar a los lectores que una de las ideas principales que absorbí durante el trabajo de campo en las clases preparto de Marenostrum era que el mínimo común denominador que compartían las mujeres, y también sus parejas, era el anhelo de tener un parto para ellas, y un nacimiento para sus hijos, que transcurriera en unas condiciones de respeto y profunda intimidad dado el especial momento familiar que significa la llegada de un nuevo hijo para ellas. Aquella máxima penetró con fuerza en mí a pesar de ser todavía una etnógrafa profusamente novata. Por lo que, ante los ofrecimientos de las informantes, y aunque me halagaban sobremanera, acabó pesando más mi determinación por evitar cualquier tipo de situación que mi persona pudiera contrariarlas a ellas, por un lado, y el entorno en que querían recibir a sus bebés, por otro. El hecho de que no hubiera presenciado jamás un parto, asimismo, añadía la incertidumbre de que era un suceso extraño para mí ante el cual no sabía cómo podía reaccionar. Y no era exactamente por miedo, pues ver parir a una mujer no era algo que, en principio, me produjera especial

temor, un asunto que retomaré más adelante. Sobre todo, tenía que ver con que formar parte de aquel momento, que ellas entendían en términos de familia —nada menos—, sin que yo fuera alguien con quien tuvieran una relación lo suficientemente estrecha, entraba en contradicción con una de sus más reiterativas reclamaciones, como era la de reivindicar su intimidad. En el futuro, este asunto sería recurrente en las muchas conversaciones que compartiríamos en los años venideros, cuando ya tuvieron a sus segundos y terceros hijos, y seguían asombrándose de que no hubiera tampoco entonces etnografiado un parto en casa. Según fui comprendiendo con el tiempo, para ellas era importante aquel aspecto, porque en cierto modo necesitaban que yo lo pudiera ver con mis propios ojos para asegurarse de que comprendía bien todo lo que me habían contado durante tanto tiempo. Es verdad que eso fue haciendo variar las percepciones que inicialmente tenía al respecto. Pero, en cualquier caso, en aquel momento del 2011, todavía me encontraba en un momento de prospección y conocimiento de aquel mundo que era el del parto digno, lo que me continúa haciendo pensar que hubiera sido precipitado por mi parte, y puede que pretencioso también, aceptar sus ofrecimientos. Mi forma de respetarlas fue declinar estar presente en los partos de sus hijos.

Los seguimientos de casos individuales también provocaron que en la segunda etapa de trabajo de campo en el CSF Marenostrum, las sesiones extras que se celebraban el último viernes de cada mes cobraran relevancia, porque era un espacio en el que podía reencontrar a las madres después del parto, y poder obtener información directa sobre cómo había acontecido el nacimiento. Cabe hacer notar que esto solo sucedió con las mujeres del curso que dieron a luz en casa, puesto que aquella reunión de los viernes precisamente tenía el objetivo de mostrar las historias de parto domiciliario vinculadas al centro. No hubo así reencuentro en aquel momento con las mujeres de los seguimientos que habían dado a luz en el hospital, a pesar de que, en muchos casos, tras darse el nacimiento, las madres se ponían en contacto con las comadronas para hacerles un resumido informe sobre cómo había ido todo que, por extensión, me acababa llegando a través de ellas, en segundo grado de comunicación. Los seguimientos de casos iniciados en este periodo, en definitiva, refieren particularmente al periodo en que las mujeres y sus parejas cursaban la formación del programa preparto, de tres meses de duración aproximadamente. Los seguimientos se retomarían con las informantes tiempo después, pero en este momento no fue posible por imperativo de los plazos académicos en que la tesina de máster debía ser depositada.

Hay dos aspectos más en los que es indispensable detenerse en consideración al trabajo de campo de esta etapa. Se trata de una fase en que se empieza a prestar una atención más minuciosa a las narrativas que tienen los sujetos del centro alrededor del parto fisiológico («natural» según sus propias palabras). Aparece una intención más explícita de recoger las lógicas de pensamiento que subyacen a la opción de optar por un parto fisiológico. Algo que en parte viene incitado por las propias características del grupo de preparación al parto, que en esta ocasión tiene un discurso reivindicativo más claramente marcado por parte de sus integrantes. A voz de pronto podría pensarse que, puesto que informantes y etnógrafa compartimos mismo contexto cultural, sumergirse en su ideología no tiene por qué ser una tarea demasiado complicada, y efectivamente es innegable que este hecho, añadido a que no hay barrera idiomática, es una ventaja. Sin embargo, los diarios de campo registraban con reiteración mi creciente sensación de que, en muchos sentidos, ni conocía ni dominaba en profundidad «su idioma», y que empezaba a ser urgente comenzar a solventar este asunto. Esa es la razón que me llevó a efectuar un trabajo etnográfico más concreto de recopilación de expresiones, palabras, lemas e incluso

chistes, y de análisis de los sentidos y significados tomaban en aquel contexto específico. En este tránsito, fue necesario también empaparse de algunos términos técnicos que tanto las profesionales del centro como los asistentes al curso preparto utilizaban en sus intercambios orales con extrema frecuencia. Es en este punto de la investigación donde empieza a llamarme la atención la soltura y asiduidad con que, sobre todo las madres, utilizaban términos propiamente venidos del campo de la Medicina y de la Biología. Suelo señalar siempre que para aprender a entender y dominar bien el lenguaje de los informantes me hizo falta asimilar un corpus concreto de terminología científica, médico-obstétrica.

Muy vinculado a este factor estuvo que también fuera una etapa caracterizada por la toma de contacto con lo que más tarde acabé denominando «la biblioteca de los informantes» —este es el segundo asunto reseñable al que quería referirme—. Durante las clases, pero también en las conversaciones de vestuario, de vestíbulo y hasta de hacer cola para ir al baño, se hacía una repetitiva mención, tanto por parte de las profesionales como de las gestantes, a un conjunto de textos determinados, la mayor parte de los cuales correspondían a protocolos médicos y guías de procedimiento clínico. Esta fue la razón por la que la primera revisión de estas fuentes bibliográficas vino motivada, no tanto por la creación de un marco teórico, sino porque así lo requería la inmersión en aquella realidad etnográfica.

Durante la segunda fase de trabajo de campo en Marenostrum, se siguió haciendo uso del diario de campo en formato papel como principal instrumento de recogida de datos. Durante las sesiones de preparto o en las visitas, de igual modo que en la etapa primera, no se utilizó nunca ningún cuaderno como apoyo de las observaciones delante de los informantes, a pesar incluso de que era habitual que ellos los usaran para tomar notas. Cuando ambas fases del trabajo de campo en Marenostrum concluyeron, los diarios de campo —un total de cuatro— se codificaron temáticamente para proceder a su posterior examen. Con el propósito de optimizar el proceso de análisis de los datos, también se elaboraron, en formato digital, dos ficheros: uno de carácter temático y otro de personas de la investigación.

La tesina de máster, que se tituló *Cuerpo, persona y maternidad en el parto natural. Aproximación teórica y estudio de caso del centro de salud Marenostrum* fue presentada a finales de julio del 2011.

2.2 La investigación doctoral: de los colectivos activistas a la sala de partos de La Maternitat del Hospital Clínic [enero del 2012 - junio del 2016]

Pese a que la determinación de realizar una tesis doctoral que diera continuidad a la investigación iniciada en el CSF Marenostrum quedó establecida en septiembre del 2011, la entrada en el programa de los estudios de doctorado no se materializó hasta que empezó el 2012 porque en aquel periodo intermedio de tiempo estuve viviendo una temporada en Kyoto, Japón. Aunque de partida es un dato biográfico, es importante resaltar que a raíz de aquella estancia descubriría que el fenómeno del parto humanizado estaba presente también en la cultura nipona. Y a su vez, ello me llevaría a tomar contacto con toda una serie de estudios publicados por investigadoras japonesas que, desde la década de los 80, se habían enfocado en el campo de la salud sexual y reproductiva, y, más concretamente, en cómo se piensa la gestación y el parto en Japón. Ello tuvo cierta repercusión en la

investigación, porque con el paso de los años me di cuenta de que aquellos textos eran escasamente conocidos y citados en las investigaciones sobre dignificación del Parto y el Nacimiento emitidas por los países occidentales, incluso existiendo material bibliográfico específico sobre este tema en el contexto japonés. Lo que me llevó a formular algunas preguntas en clave antropológica que, a pesar de que no fueran incluidas en la investigación que nos ocupa, sí han seguido presentes durante todo su desarrollo. No está de más señalar también que por una imprevista carambola del azar, si bien la investigación etnográfica empezó a esbozarse en la lejana Kyoto, acabó con la historia de parto de una mujer japonesa en La Maternitat de Barcelona, trazándose así, y de algún modo, una suerte de círculo que en el final vuelve a aproximarse al mismo punto del que partió.

2.2.1 El diseño del proyecto de la investigación doctoral [enero - junio 2012]

Dos hechos iniciales se sincronizan en este momento: por un lado, mi matriculación formal en el Doctorado en Antropología Social de la UAB y, por la otra, mi integración en el getp-GRAFO de la mano de Virginia Fons que, tras haber sido mi tutora de tesina de máster, accedió a asumir la dirección de la tesis doctoral. En aquel tiempo, como ya se avanzaba en la introducción, el getp-GRAFO acababa de finalizar su anterior proyecto de investigación y se disponía a planificar el nuevo que les (nos) ocuparía en los próximos años. Mi entrada en el grupo de investigación, en tanto, se dio en plena fase de definición de objetivos y procedimientos, mismo punto en el que por entonces se encontraba el diseño del proyecto doctoral. Y es a partir de esta coyuntura que se resuelve que, por su temática y sus propios planteamientos, el proyecto de tesis se enmarca de forma lógica en un punto específico del proyecto del getp-GRAFO: el de contribuir a explorar más hondamente, y a través de la etnografía, la intersección que existe entre la Antropología del parentesco y de la salud.

El tránsito entre la tesina de máster y la tesis doctoral implicó, inevitablemente, una apertura del tema más allá de las paredes del CSF Marenostrum y, por ende, una visión de conjunto más amplia y global. En el mismo periodo de realización de la investigación para la tesina, resultó evidente que en Barcelona estaban produciéndose algunas metamorfosis en lo que refería al ámbito de la salud materno-infantil. Por una parte, hubo una emergencia intermitente, pero fluida, de creación de nuevos protocolos nacidos de diferentes instituciones y organismos vinculados a la gestión de la sanidad, así como también de algunos hospitales públicos. Y todos tenían en común el propósito de promocionar el «parto normal»[8] bajo una filosofía asistencial que, en principio, pretendía poner distancia al exceso de medicalización que había caracterizado la asistencia al parto en décadas precedentes[9]. Por otra parte, empezaba a detectarse un incremento en el interés de las mujeres barcelonesas por la opción del dar a luz en casa. Era algo que se materializaba no solo en un aumento de la actividad en los centros de salud de la ciudad donde en las décadas anteriores se había concentrado la asistencia al parto domiciliario por parte de comadronas independientes, sino también en la aparición de nuevas iniciativas que surgían precisamente para dar respuesta a esta creciente demanda. Todo ello circunscrito al ámbito privado porque la opción de parir en casa no estaba —y actualmente tampoco está—

[8] Se está usando aquí el término literal empleado en el corpus de protocolos al que se hace mención. En el capítulo 3, que recoge el marco teórico y conceptual, se desarrollará en detalle el análisis de todo este tipo de conceptos, así como de las controversias derivadas de su uso.

[9] En el capítulo 3 de la tesis se abordarán más extensamente las cuestiones relacionadas con la evolución histórica de la atención al parto desde la segunda mitad del siglo XX hasta el momento actual.

contemplada dentro de la cartera de servicios de la Seguridad Social. Sin embargo, y sumado a lo anterior, la publicación en 2010 de una guía específica centrada en la atención del parto en casa, elaborada por el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, terminó de poner de manifiesto el crecimiento del número de mujeres que mostraban mayor afinidad por el parto domiciliario.

En resumen, Barcelona era, allá por principios del 2012, una llanura repleta de brotes, las semillas de los cuales habían empezado a esparcirse casi medio siglo atrás por el Movimiento por un parto y nacimiento digno. Y ese fue el punto de partida del diseño de la investigación doctoral.

De las preguntas iniciales: objetivo general y objetivos específicos

La investigación ya contaba con un recorrido previo, sin embargo, el inicio del proyecto doctoral estuvo marcado por la intención explícita de dar un par de pasos atrás. Deshacer camino para, de alguna manera, coger perspectiva. O lo que es lo mismo: no partir del punto final de la tesina de máster, sino de los interrogantes originales en los que se fundamentó. Y formular, de nuevo, preguntas iniciales que posibilitaran volver a conocerlo y aprenderlo todo, como si fuera desde el principio original.

La investigación doctoral ha tenido el objetivo de acercarse al Movimiento de la Humanización del Parto y el Nacimiento a través de su emergencia como fenómeno social en Barcelona durante, aproximadamente, los 15 primeros años del siglo XXI (2000-2015). Desde un enfoque general, ha tenido el propósito de conocer cuáles son los valores, las prácticas, los significados, las creencias y los discursos involucrados en el movimiento, así como las razones que inspiran su existencia.

Dentro de este marco general, el proyecto ha pretendido desarrollar también los siguientes objetivos específicos:

- Detectar los escenarios etnográficos de Barcelona en los que se manifiesta la presencia del movimiento y los modos en que así ocurre.
- Estudiar y analizar el impacto que los nuevos protocolos de atención al «parto normal» han tenido en las experiencias de las mujeres usuarias del sistema de salud que optan por el parto fisiológico.
- Examinar cómo y dónde ha penetrado el discurso partidario de la dignificación del parto en la sanidad pública y la sanidad privada de Barcelona.
- Localizar los núcleos de activismo de la ciudad y contextualizarlos en el desarrollo histórico del movimiento, entender sus reivindicaciones y sus estrategias de actuación y conocer la vivencia personal de las activistas.
- Comprender en profundidad la perspectiva de los actores inmediatamente implicados: las madres, los padres y/o las parejas y los profesionales de la salud.

Aunque estos fueron los objetivos específicos originales, con el paso del tiempo, y el avance del trabajo etnográfico, más tarde se irían incorporando algunos objetivos específicos más. De ellos se hablará más adelante, en las siguientes páginas donde se muestra el proceso cronológico, para así poder exponer el contexto en el que surgieron y los motivos que llevaron a incluirlos dentro del proyecto de investigación.

Tipo de investigación

En la medida en que el objetivo fundamental del proyecto doctoral era el avance de conocimiento teórico-etnográfico, fue pensado en términos de una investigación básica. Por otra parte, de acuerdo con los objetivos específicos, se optó por una investigación de tipo fundamentalmente descriptivo-explicativa. Y, además, en concordancia con el tratamiento que se le iba a dar a la variable del tiempo, el proyecto doctoral fue pensado como un estudio transversal —también denominado seccional— centrado en múltiples grupos de personas pertenecientes a contextos espaciales distintos.

A pesar del auge que en nuestro entorno académico estaban ya teniendo las tesis doctorales por compendio de artículos en aquel momento, se optó por la realización de una tesis de carácter más clásico bajo el convencimiento de que el formato que posibilita un desarrollo más eficiente y adecuado de lo que es una etnografía es el del libro o ensayo largo, y no tanto el artículo académico que, por su extensión, solo puede abordar cuestiones más específicas.

Unidad de análisis, población de estudio y lugares de observación

En base a todo lo expuesto anteriormente, la unidad de análisis del proyecto doctoral correspondía al Movimiento por el Parto y el Nacimiento Digno en el contexto de Barcelona. No obstante, siendo esencial captar este fenómeno sociocultural a través de la mirada de los actores con los que se encuentra inmediatamente ligado, el proyecto original concebía que en la propia unidad de análisis se incluía de manera directa, y por extensión, la población de estudio.

Dentro del conjunto total de sujetos tenidos en cuenta para la investigación, se distinguieron dos grupos principales: por un lado, el de las madres y los padres (familias) y, por el otro, el de los profesionales. Dado el papel central de las mujeres madres en el proceso procreativo y en los colectivos activistas, y sumándose que la tesis se inscribía en el marco de proyecto de investigación sobre parentesco, pareció lógico que el peso principal de la población de estudio debía recaer en las familias. Las madres, en este sentido, tendrían un protagonismo nuclear; sin embargo, también se quiso prestar atención a la visión de los padres o parejas porque constituyen en sí un foco de debate dentro del propio movimiento. Atendiendo a la temática específica de la tesis, y a los objetivos buscados, se establecieron tres criterios de inclusión básicos para este grupo:

1. Se buscaron madres y padres que fueran manifiestamente simpatizantes del parto fisiológico / respetado / humanizado / normal / natural, etc.
2. Debían residir en el área metropolitana de Barcelona.
3. El embarazo de las gestantes debía estar preferiblemente considerado «de bajo riesgo» porque a este grupo de madres estaban dirigidos particularmente los nuevos protocolos.

Por otra parte, era fundamental contar con la perspectiva de los profesionales de la salud porque existe hacia ellos una apelación constante por parte del movimiento. Aunque tal apelación se focaliza de forma especial en el colectivo de las comadronas, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Se considerarían profesionales de la salud procreativa todas aquellas figuras que así fueran pensadas por las madres usuarias: sobre todo matronas, enfermeras,

médicos de distintas especialidades (ginecólogas, pediatras, etc.), así como también preparadoras al parto, doulas o asesoras de lactancia.

2. Debían trabajar en servicios de atención sanitaria a la maternidad del área metropolitana de Barcelona.

3. Se contactaría con profesionales que ejercieran tanto en la sanidad pública como en la sanidad privada.

A pesar de que en el proyecto de investigación inicial las criaturas nacidas durante el trabajo de campo no se consideraron como potenciales informantes, en buena parte porque durante la etapa etnográfica en el CSF Marenostrum su presencia fue residual y anecdótica, con el progreso del trabajo de campo que se desarrollaría después, como veremos, tomarían un protagonismo considerable como para que acabaran siendo entendidos como sujetos significativos de la etnografía.

En lo que refiere a los lugares en que se llevaría a campo el trabajo de campo, cabe hacer dos especificaciones. La primera de ellas tiene que ver con que, por el hecho de que uno de los propósitos del proyecto doctoral era precisamente descubrir en qué espacios y contextos de Barcelona se registraba la presencia del debate en torno al parto digno, no era congruente establecer de forma concreta un listado de localizaciones. Se partió de la suposición de que un primer acercamiento a determinados grupos de madres (grupos de apoyo a la lactancia o al posparto, por ejemplo) podía ser un comienzo para, después, tomar contacto con grupos de personas y espacios más específicos que aglutinaran simpatizantes y activistas. Y ello contribuiría, después, a poder dibujar un mapa de los escenarios etnográficos pro dignificación del parto en Barcelona.

No obstante, por otro lado, la inclusión en el proyecto de dos estudios de caso, perteneciente uno al ámbito de la sanidad privada —era el caso del ya etnografiado CSF Marenostrum— y otro al de la sanidad pública, sí que implicaba para el proyecto el reto de encontrar y acceder a un centro público donde pudiera ser posible realizar el segundo estudio de caso. En la fase inicial del proyecto doctoral se pensó en el Hospital infantil Sant Joan de Déu, no solo por ser el que más nacimientos asiste en el área de Barcelona, sino también porque en 2012 había presentado públicamente el denominado Programa MARE (MAternitat REspectada), con el que el hospital parecía apostar por el nuevo modelo de asistencia al parto, más personalizado y actualizado, y menos intervencionista. Una serie de circunstancias que se expondrán más adelante hicieron que, finalmente, esta opción quedara descartada y que el trabajo de campo se acabara realizando en la sala de partos de La Maternitat del Hospital Clínic de Barcelona, que ya en 2011 había lanzado un protocolo nuevo al que denominaron PART (Programa d'Atenció i Respecte al part hospiTalari), con intenciones muy semejantes a las que un año más tarde recogería el Programa MARE del Hospital Sant Joan de Déu.

Es muy importante resaltar que, dado el eje temático de la tesis doctoral, se rastrearon en todo momento espacios, lugares, localizaciones y centros sanitarios que dieran claras muestras de ser partícipes o estar interesados en el modelo de parto digno. Dicha selección tenía sentido porque, en la medida en que ya existen otras etnografías que han trabajado otras perspectivas en el abordaje de la asistencia al parto y el nacimiento, la tesis que nos ocupa tenía la meta de adentrarse de forma específica en la dignificación del parto en Barcelona, precisamente, por cubrir la escasez de estudios etnográficos focalizados en este paradigma en este marco geográfico.

Elección de casos y muestreo

En el trabajo de campo etnográfico en CSF Marenostrum, sobre todo en la segunda fase, había quedado manifiesta la utilidad de los seguimientos de casos particulares. Pese a que en aquel momento solo se habían podido llevar a término durante el proceso de preparación el parto por las limitaciones de tiempo y académicas a la que estaba ligada la realización de la tesina de máster, el proyecto de investigación doctoral se pensó como una oportunidad no solo de retomarlos, sino de elaborar otros nuevos que pudieran abarcar un mayor recorrido, preferentemente desde la gestación hasta la crianza. De forma inicial, se determinó que, por una parte, se realizarían seguimientos de casos específicos vinculados al centro público donde se llevaría a cabo el segundo estudio de caso para contar con una muestra semejante a la que se había recopilado en el centro de salud Marenostrum. Pero, por otra parte, y con motivo de diversificar la muestra, también se planificó la búsqueda de otros casos particulares para realizar los seguimientos que no estuvieran vinculados a ningunos de los dos estudios de caso.

Cabe tomar en cuenta que, en el marco de la investigación, cada seguimiento hace referencia al proceso procreativo concreto de una mujer, por lo que integran uno o más nacimientos, correspondientes en cada caso al número de hijos nacidos durante la investigación. Por otro parte, si bien los seguimientos estuvieran esencialmente basados en los relatos de las madres, en algunos casos también pudieron contrastarse con el punto de vista de los padres.

Los seguimientos de casos específicos fueron pensados para llevarse a cabo mediante la combinación de distintas técnicas de recogida de datos etnográficos. En la medida de lo posible, combinarían observación participante en distintos momentos del proceso, así como también entrevistas abiertas en momentos que se consideraran de especial importancia. No obstante, se preveía que, como mínimo, lo idóneo sería una entrevista semiestructurada en las últimas semanas de embarazo y otra entrevista, preferiblemente abierta, después del parto. Las razones que llevaron a pensar que era una buena idea compatibilizar estos dos tipos de entrevistas en cada uno de estos momentos concretos eran que, si bien la entrevista que se llevaría a cabo al final de la gestación, tenía la finalidad de recopilar información sobre toda una serie de temas que cabía no olvidar, tenía sentido que en la segunda se apostara por una entrevista abierta que brindara la oportunidad de recoger el relato de parto de cada madre en su totalidad, en bruto, evitando al máximo las intervenciones o los filtros temáticos. Esta fórmula me parecía interesante de cara a analizar no solo el contenido, sino también la forma en que eran construidos los relatos.

2.2.2 El regreso al trabajo etnográfico [julio del 2012 - junio del 2013]

De las entrevistas doblando ropa a cuatro manos

El diseño del proyecto de investigación, como así estaba contemplado en el programa de estudios, fue definido y planificado a lo largo del primer curso de doctorado, y fue presentado al departamento en junio del 2012 ante el primer tribunal de seguimiento de tesis. Por esa razón, no fue hasta finales de aquel mismo año cuando pude comenzar una nueva etapa de trabajo de campo, algo que coincidió en el tiempo con la incorporación formal de Aurora González como codirectora del proyecto doctoral.

Previamente a contactar con nuevos informantes y explorar otros escenarios etnográficos, y con el fin de terminar la recopilación de datos etnográficos necesarios para dar por concluido el estudio de caso del CSF Marenostrum, retomé el contacto con las mujeres a quienes había estado realizando seguimientos particulares en el curso de preparación al parto. Aunque de todas ellas había tenido noticias sobre los nacimientos de sus respectivos hijos, era necesario proceder a un registro formal de los datos, de modo que les propuse realizar una entrevista abierta, enfocada a recoger sus relatos de parto. A raíz de aquella propuesta, también surgió la oportunidad de realizar las primeras entrevistas específicas a algunos padres, parejas de las mismas madres de los seguimientos, y con quienes ya había estado en contacto durante el trabajo de campo en los cursos de preparto de Marenostrum. Cabe señalar que este grueso de relatos se compiló cuando ya hacía, según el caso, entre un año y año y medio desde que se había dado el nacimiento. Y que en las entrevistas se facilitó a cada uno de los informantes una hoja informativa sobre la investigación, así como el correspondiente consentimiento informado, en que los entrevistados explicitaban estar de acuerdo con términos básicos de su participación en la investigación doctoral como el anonimato o que la entrevista fuera registrada con la grabadora de voz.

En relación con el proceso de anonimización de los informantes, es preciso hacer una puntualización: la anonimización fue una medida que decidió ponerse a disposición del conjunto de personas informantes de la investigación doctoral considerándose, sobre todo en el caso de las familias, que había criaturas menores implicadas. Aun con ello, resultó altamente significativo que ni una sola persona informante solicitara ser expresamente anonimizada, no habiendo en ningún caso oposición a que se usaran sus nombres y apellidos reales en la tesis doctoral o las publicaciones. Ante este hecho, se tomó la determinación de que las madres, las parejas de estas y sus bebés serían siempre anonimizados por razones de seguridad, pero se han utilizado los nombres de algunas informantes clave vinculadas a escenarios etnográficos determinados contando con su previo consentimiento. Asimismo, tampoco se han anonimizado los nombres reales de algunas personas mencionadas por ser figuras públicas conocidas por sus actividades institucionales.

Retomando el asunto de las entrevistas, desde el primer momento en que empecé a realizarlas, hice saber a los informantes que les haría llegar una copia de la grabación. No solo me parecía lógico que pudieran contar con una, sino que era una manera de tener un gesto de agradecimiento con las familias, que de este modo podían contar con un material en el que había quedado retratado el nacimiento de sus hijos, y poder así compartirlo con éstos cuando se hicieran mayores. Las familias acogieron siempre la idea con entusiasmo, de modo que durante todo el resto de la etnografía se repitió este procedimiento.

Aquellas entrevistas tuvieron varias implicaciones para el propio trabajo de campo etnográfico. Por una parte, permitieron el acceso al ámbito doméstico de los informantes, puesto que de forma mayoritaria preferían aquel espacio para que tuviera lugar la entrevista. Era este un asunto importante porque a medida que fueron sucediéndose los encuentros me fui dando cuenta de que pensaban sus casas como un claro reflejo de la etapa vital en la que se encontraban, y que enseñándomelas pretendían también enseñarme su verdad. A pesar de que las entrevistas las registraba con una grabadora de voz, también recopilaba información de aquellos encuentros mediante la observación participante empleada durante el tiempo que duraba aquella actividad. Los diarios de campo de aquella etapa ya almacenaban notas acerca de ciertos aspectos que se iban repitiendo en los

diversos domicilios donde les visitaba, y que sobre todo tenían que ver con modos específicos de organizar algunos espacios, sobre todo en el salón, el dormitorio y las áreas de juego de los hijos. Aquellas anotaciones serían clave un tiempo más tarde cuando comencé a comprender que existían conexiones claras entre los modos de pensar la crianza y la manera de organizar los hogares. Pero, sin embargo, lo verdaderamente significativo fue el modo en que en los diarios quedó reflejada una época de entrevistas que inevitablemente se fusionaban en la cotidianidad de aquellas casas: cuando me relataban el parto al tiempo que preparaban la comida, al tiempo que barrían las migas del suelo, al tiempo que recogían los juguetes o incluso al tiempo que nos sentábamos en el sofá y doblábamos a cuatro manos montones de ropa limpia. Aunque eran personas con quienes ya había convivido en Marenostrum, aquellas entrevistas dotaron a las relaciones etnográficas que mantenía con todos ellos de un halo distinto de intimidad, de mayor proximidad, que posiblemente hizo natural que mantuviéramos a partir de entonces un contacto más fluido.

Aquellas entrevistas también contribuyeron a hacerme ver que en los casos en que el parto había sido en casa era especialmente oportuno y relevante realizar la entrevista en el aquel mismo escenario, ya que el relato de las madres y los padres solía ir acompañado de un recorrido por los distintos espacios de la casa en donde habían tenido lugar los momentos más significativos del trabajo de parto y del nacimiento. A nivel etnográfico, ello contribuía a poder realizar una reconstrucción considerablemente detallada del parto.

Por otra parte, aquel núcleo de informantes, y las ocasiones de reunirnos con motivo de las entrevistas, fueron clave para poder ampliar el abanico de informantes y contactar con personas nuevas que dieran el perfil para poder participar en la etnografía. Puesto que ya eran buenos conocedores del proyecto de investigación, me ofrecieron su ayuda para ponerme en contacto con otras personas con las que podría interesarme hablar. Se podría decir en ese sentido que la primera ampliación de informantes resultó de la propia red de los primeros.

Mare Meva o la puerta de entrada al mundo de las doulas

Fue con motivo de aquella dinámica que distintos contactos me condujeron a conocer a Viktoria Löwenthal, que por aquel entonces había creado recientemente Mare Meva, una plataforma a través de la cual ofrecía sus servicios como doula para dar acompañamiento antes, durante y/o después del parto. Viktoria y yo nos entrevistamos por primera vez en febrero del 2013 en la cafetería de la librería Laie, donde pude sumergirme en la trayectoria vital de aquella mujer sueca que había acabado viviendo en Barcelona, precisamente, porque sus estudios en Antropología social la habían llevado hasta allí. Pero no solo eso: Viktoria había estudiado unos cuantos años atrás en el mismo departamento al que yo estaba vinculada, en la Universitat Autònoma de Barcelona. Aquella simpática coincidencia hizo que en seguida tuviéramos un nexo de conexión biográfico que, probablemente, contribuyó a que el entendimiento entre ambas fuera fluido desde el principio de nuestra relación. Fue durante el transcurso de aquel primer encuentro cuando descubrí cómo y por qué razones habían llevado a Viktoria a fundar Mare Meva, después de sus estudios de Antropología sociocultural, un máster sobre realización de documentales y una larga temporada de años teniendo un puesto de trabajo en una empresa americana que no le motivaba lo más mínimo. Y como la mayoría de las historias que iremos viendo más adelante, todo empezó con un embarazo. Viktoria me contó que cuando se quedó embarazada de su primera hija experimentó un fuerte choque cultural en el modo en que se

pensaba el embarazo, el parto y la maternidad. A Viktoria le sorprendía la frecuencia con que en el entorno con el que se relacionaba en Barcelona, o cuando compartía información o contexto con otras madres, todo aquel proceso se viviera con tanto miedo, tantas dudas y tantos problemas. No alcanzaba a entender por qué las mujeres estaban tan asustadas, tan angustiadas por todo. Aquella experiencia contrastaba con el modo, según me dijo, en que en Suecia se vivía la gestación y el parto, donde estos procesos se vivían con extrema normalidad. Lo que aquí se denominaba «parto natural» era en su país de origen el modo en que la mayoría de las mujeres habían parido. En Suecia, y eso fue algo que me fue repitiendo muchas veces después, no solo todos conocían la manera en que sus madres les habían parido, sino que las historias de nacimiento se compartían frecuentemente en los encuentros sociales, como aquí se compartían las historias de la mili. Fue la percepción de aquella diferencia, y el estupor que esta le causó a Viktoria, lo que la llevó a volver a Suecia para estudiar un curso de profilaxis del parto y formarse como doula, para después regresar a Barcelona y crear Mare Meva, que ella describía como la creación de un sueño, con el objetivo de transmitir a las madres de Barcelona la tranquilidad con la que las madres suecas vivenciaban el embarazo y el parto.

La relación que establecimos Viktoria Löwenthal y yo desde aquel día fue significativa para la etnografía, sobre todo, en tres sentidos. En primer lugar, supuso la vía de entrada en el universo del doulaje en Barcelona, una actividad que justamente en aquel momento empezó a tomar en la ciudad una presencia cada vez mayor y lo suficiente notable como para convertirse en un contexto etnográfico especialmente interesante para el estudio etnográfico del parto humanizado. En segundo lugar, porque a través de Viktoria pude establecer contacto con un perfil de informantes simpatizantes con la filosofía de la humanización al parto que hasta aquel momento me era totalmente desconocido. Se trataba de grupos de mujeres extranjeras que, aunque residían en Barcelona, eran mayormente originarias de países del norte de Europa y, en menor medida, también de Estados Unidos. La importancia de aquel descubrimiento fue trascendente en la medida en que me dio la oportunidad de penetrar en el principal colectivo inmigrante que en Barcelona se mostraba manifiestamente partícipe del modelo del parto humanizado y que buscaban activamente figuras como la de Viktoria principalmente por dos motivos: porque con ellas podían compartir una visión del parto que les era culturalmente más cercana y porque para ellas era importante poder contar con personas con quienes poder comunicarse en sus idiomas maternos (inglés, sueco, etc.) durante el embarazo, el parto, el posparto y también después en la crianza. Y, en tercer lugar, porque Viktoria Löwenthal acabó invitándome a realizar un trabajo de campo específico en sus cursos intensivos de preparación al parto, que en Mare Meva se denominaban concretamente «Curso Parir en Pareja», durante el mes de marzo del 2013. Aquel nuevo escenario etnográfico me permitió entrar en contacto con nuevas parejas de informantes y, sobre todo, empezar a detectar ciertas variaciones tanto en el discurso como en las prácticas respecto a los datos que había recopilado en el CSF Marenostrum. Desde Mare Meva se ofrecía un tipo de acompañamiento lo suficientemente flexible como para poder ser adaptado según la opción escogida por cada embarazada: tanto para un parto hospitalario en hospital público, como en una clínica privada, como en una casa de nacimientos o en un parto domiciliario. Y esto implicaba que hasta Mare Meva llegaran parejas que, estando de acuerdo con la idea de preferir un parto lo menos medicalizado e intervenido posible, eran partidarias de opciones distintas en cuanto al lugar donde planificar el parto y, por extensión, partidarias de maneras múltiples y diferentes de pensar cómo debía ser la asistencia al parto y al nacimiento. Además de lo anterior, aquel periodo

de trabajo de campo en Mare Meva sirvió para estrechar mi relación con Viktoria, sobre todo durante aquellos trayectos bordeando la costa que compartíamos de ida desde el Maresme, donde vivíamos las dos, hasta Barcelona, y también de regreso a casa.

Intentos iniciales de ingreso al ámbito hospitalario

En la primavera del 2013, una vez que la investigación doctoral ya se había puesto en marcha, se iniciaron los movimientos para poder realizar trabajo de campo en un hospital público. Si bien el Hospital infantil Sant Joan de Déu ya estaba contemplado en el proyecto de tesis como el lugar idóneo, se sumó que en aquella época Viktoria Löwenthal mantenía una estrecha relación con el equipo de sala de partos ya que el hospital había empezado a colaborar con un pequeño número de doulas, a quienes permitían el acceso a la sala de partos cuando venían acompañando a mujeres que habían decidido dar a luz allí. Ello facilitó que me pudiera poner en contacto con una comadrona que había sido una especial promotora de la creación del Programa MARE y que ejercía, por llevar muchos años en el hospital, cierto liderazgo dentro del equipo de sala de partos. Se dio la coincidencia de que esa misma matrona tenía programada una visita para elaborar el plan de parto de una compañera del getp-GRAFO, a la que acompañé. El transcurso de la sesión informativa del hospital fue una buena oportunidad para establecer un primer contacto con la matrona, que no solo nos dio mucha información del Programa MARE, sino que nos estuvo explicando muchas cosas sobre cómo se estaba llevando a la práctica en el hospital.

Dos semanas después volvimos a encontrarnos. Además de la matrona a quien ya había podido conocer, también acudieron la adjunta de enfermería y la coordinadora asistencial de la denominada Àrea de la Dona, la dimensión del hospital en la que se materializaba el Programa MARE. El inicio del encuentro estuvo dirigido a explicarles en qué consistía mi proyecto doctoral, exponer las razones que justificaban la idoneidad de llevar a cabo un periodo de trabajo de campo etnográfico específico en un hospital y poner en su conocimiento los múltiples motivos que me llevaban a pensar que el Hospital Sant Joan de Déu era un lugar adecuado donde poder trabajar el tema de la tesis. La propuesta fue muy bien acogida por parte de mis tres interlocutoras, que se mostraron considerablemente interesadas en el estudio. La reunión, que duró más de dos horas, también fue una ocasión de intercambio en que pude recoger algunos datos sobre sus trayectorias profesionales, la vivencia personal de su oficio y las maneras en que este había ido transformándose con los años, así como la visión que tenían acerca de los cambios que se estaban produciendo en la asistencia al parto en los hospitales y la situación en que se encontraba el gremio de comadronas, no solo en Catalunya, sino también en el resto del Estado español. El encuentro finalizó tras haber acordado que trasladarían mi propuesta a la dirección del hospital para que se pusieran en marcha los trámites necesarios que me permitieran poder realizar una estancia por trabajo de campo de tres meses, en principio, con la posibilidad de prorrogarse después por el mismo periodo de tiempo. Aunque era consciente de la conveniencia de realizar seis meses de trabajo de campo, como mínimo, para poder elaborar un estudio de caso, el hecho de que mi acceso al ámbito hospitalario estuviera yendo relativamente rápido, y sin grandes dificultades hasta ese momento, me convenció de que era lógico seguir apostando por aquel hospital, pensando sobre todo en que si conseguía acceder y establecer relaciones etnográficas con el equipo, negociar aquella prórroga podía ser más fácil después y no entonces, porque no me conocían y tampoco conocían en qué consistía exactamente, y en la práctica, el trabajo de una etnógrafa.

Compilación de protocolos y primer inventario de reivindicaciones

En el tiempo que transcurrió entre el final del invierno del 2012 y el final de la primavera del 2013, paralelamente al avance en la recogida de datos etnográficos, comencé a elaborar una compilación exhaustiva de todo tipo de documentos de consenso, protocolos, guías de práctica clínica y principales estudios médicos en los que habían estado inspirados los programas de atención al parto que recientemente habían sido creados por los hospitales de Barcelona, principalmente públicos. Por una cuestión de proximidad, y también por el hecho de que diversos informantes ya me habían hablado de algunos de ellos, aquella primera búsqueda estuvo dirigida a recopilar los principales textos que habían surgido a nivel autonómico, en Catalunya, la mayoría elaborados por el Departament de Salut, y a nivel estatal, en España, fundamentalmente creados por el Ministerio de Sanidad. Una primera revisión de aquellos documentos permitió comenzar a entender que, si bien la trayectoria del modelo de parto humanizado en el sistema español y catalán tenían muchos puntos de contacto, en Catalunya había tenido un proceso de desarrollo particularmente interesante, como en algunas otras comunidades autónomas como en el País Vasco, Andalucía o Madrid.

En el transcurso de este proceso comprobé que los protocolos nacionales bebían en buena parte de otros documentos de consenso, europeos, internacionales, algunos históricos para el Movimiento del Parto y el Nacimiento Digno, que cabía tener también en consideración. Por eso, la recopilación y selección de este volumen de documentos, que desde aquel momento sería una actividad transversal durante todo el tiempo de desarrollo de la investigación doctoral, se agruparon según las siguientes categorías según el alcance de su influencia: internacionales, europeos, estatales (España), autonómicos (Catalunya) y locales (Barcelona).

En este marco, cabe hacer especial mención a la búsqueda del informe *Changing Childbirth* publicado en 1993 por el Department oh Health del Reino Unido, un documento central en la historia del parto en la Europa del siglo XX por el impacto que causó no solo en el mundo de la obstetricia, sino también en la sociedad. Un documento, sin embargo, descatalogado, del que existen un número escaso de ejemplares, lo que dificulta sobremanera poder hacerse con uno. A partir de aquel 2013, me uní junto con otros investigadores en este campo que también estaban realmente interesados en poder conseguirlo y consultarlo, a la ardua tarea de buscarlo. La pesquisa continuó activamente hasta el 2015, años después de haber contactado con muchas personas en el Reino Unido que me convencieron de que iba a ser poco probable que diera con una copia original, sobre todo teniendo en cuenta la enorme demanda que había por tenerlo. Aunque a día de hoy todavía no he renunciado a encontrarlo, pude localizar un ejemplar de la segunda parte del informe, que se había publicado por separado, y que compré y me hice enviar desde el norte del Reino Unido hasta Londres, a donde volé para recogerlo a finales de noviembre del 2015. Más tarde, a principios del 2017 también logré conseguir una copia original de «Midwifes & Changing Childbirth», una guía de práctica clínica especialmente pensada para matronas que el The Royal College of Midwifes del Reino Unido elaboró en 1995, y que publicaron con el mismo formato e incluso con una portada realmente parecida, con el objetivo de que estas pudieran poner en práctica las recomendaciones que recogía el informe original «Changing Childbirth», respondiendo así a las dudas de procedimiento clínico que había generado en el colectivo de comadronas británicas.

Además de lo anterior, comencé un archivo de noticias periodísticas relacionadas con el tema de la investigación, que fui clasificando según el año y las temáticas principales.

Con la primera revisión de protocolos, guías de recomendación y textos representativos y los datos etnográficos recogidos hasta el momento, en la primavera del 2013 también elaboré un primer inventario de reivindicaciones troncales e ideas significativas que estaban presentes tanto en los discursos de los informantes, como en los fundamentos teóricos de los nuevos protocolos, como en las reclamaciones históricas que motivaron la aparición del Movimiento por el Parto y el Nacimiento Digno.

Además de resultar una herramienta operativa para la elaboración de la etnografía, este ejercicio fue especialmente útil para poder discutir sobre el paradigma del parto humanizado con algunos colectivos internacionales de antropólogos interesados en el asunto. Algo en lo que, por otra parte, tuvo mucho que ver que el inventario fuera presentado en la Joint International Conference «Encounters and engagements: Creating new agendas for medical anthropology» en junio del 2013 en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, porque marcó el punto de partida para establecer múltiples contactos con antropólogos que en otros países estaban trabajando sobre el mismo tema y que han sido durante la investigación un motivador, pero también exigente, motor de reflexión.

2.2.3 La inmersión en los colectivos activistas y los relatos sobre violencia obstétrica [septiembre 2013 - julio 2014]

«Passar la tarda»: del hogar a otros espacios de la vida cotidiana

Aunque el trabajo de campo etnográfico había continuado activo, desde septiembre del 2013 a enero del 2014 hubo una intensificación de esta actividad con las familias. Fue una etapa en que, por efectos de la «bola de nieve», se instauraron toda una serie de relaciones etnográficas nuevas con intensidades diversas. A pesar de que las madres continuaron siendo las informantes protagonistas, en este momento el contacto con sus parejas, los padres, aumentó considerablemente respecto a etapas anteriores. El aumento de informantes nuevos de este periodo permitió ampliar todavía más las variables del perfil, porque compilé un número considerable de relatos de parto nuevos que se conectaban tanto con hospitales públicos, como con clínicas privadas, como con el parto domiciliario, pero esta vez asistido por otros centros de salud y otras comadronas independientes que no eran las del CSF Marenostrum. Varios de estos relatos habían sido directamente escritos por las madres, algo común para este colectivo de madres. Es especialmente reseñable de esta fase el hecho de que estuviera caracterizada por la toma de contacto con madres que ya no eran primerizas, sino que por lo general ya contaban con un hijo (o dos) y que se encontraban o bien experimentando segundo (o tercer) embarazo o bien en el puerperio, después de su segundo (o tercer) parto. Fue muy enriquecedor para la investigación poder comenzar a contar con madres de este perfil porque ello contribuiría en gran medida a profundizar en una cuestión fundamental de la etnografía: el modo en que la vivencia del primero impacta en la planificación del segundo o tercer parto de una mujer.

Este nuevo periodo de trabajo de campo se desarrolló de forma paralela a distintos niveles. Por un lado, se llevaron a cabo entrevistas abiertas a informantes particulares para recoger relatos de parto que, mayoritariamente, coincidían con el nacimiento del primer hijo de la pareja. Por el otro, con algunas de las mujeres entrevistadas, y también con sus parejas, se acordaron entonces la realización de tres seguimientos durante el desarrollo del segundo o tercer embarazo, algo que contrastaba con periodos de trabajo etnográfico anteriores. Este conjunto de entrevistas y los seguimientos fueron nucleares para poder

entablar contacto con pequeños grupos de madres que compartían historias diversas: algunas hacía muchos años que eran amigas, otras se habían conocido en contextos relacionados con la maternidad (grupos de preparación al parto, sobre todo) y habían seguido encontrándose, y a otras las vinculaba una relación más de tipo vecinal porque coincidían en la guardería, en el colegio o en el parque del barrio. Penetrar en estos pequeños núcleos de madres fue especialmente curioso porque en ellos se cruzaban constantemente las trayectorias de las informantes recientemente incorporadas a la investigación con mujeres que previamente había conocido en el CSF Marenostrum o en Mare Meva.

Las entrevistas, los seguimientos y el contacto continuado con especialmente cuatro grupos de madres implicaron para la investigación etnográfica volver al ámbito doméstico, pasando ratos en sus casas, donde empezó a darse repetidamente la dinámica de ofrecerme té o café, acompañado de cualquier tipo de leches, excepto de la de vaca. Recuperando aquel comentario que hacía unas páginas atrás sobre mi sinestesia entre escenarios etnográficos y bebidas, esta es una etapa que vinculo con la leche de soja, de avena, de cabra, etc. También pude explorar de la mano de las informantes espacios, localizaciones y contextos en los que afloraba todo lo relacionado con el embarazo, la planificación del parto, el puerperio y la crianza. Durante aquellos meses acompañé regularmente a las madres informantes en múltiples y diversas situaciones: conocí los grupos de posparto, y de apoyo a la lactancia materna y la crianza en los que participaban, así como también los grupos de crianza o las madres de día adónde llevaban a sus hijos algunas horas al día, estuve con ellas en algunas visitas médicas de control del embarazo y compartí muchísimas horas en parques infantiles, ludotecas, bibliotecas y en cafeterías y/o chocolaterías donde se reunían con frecuencia «*per passar la tarda*» juntas, haciendo lo que ellas denominan «hacer tribu», que no es sino compartir la vivencia de la maternidad con otras madres. Entre otras muchas cosas, ello dio pie a poder investigar temas hasta el momento inexplorados, como el del turismo obstétrico, a profundizar en la «biblioteca de los informantes», pudiendo hacer un recopilatorio bibliográfico de los libros, artículos y textos que leían para informarse de temas concretos relacionados con la maternidad, así como descubrir las fuentes y bases de datos a las que accedían para conseguir todo este material.

Además de lo anterior, y gracias a una muy acertada sugerencia que me hizo Anna Piella en el segundo tribunal oral de seguimiento de la tesis doctoral, también recabé datos básicos sobre los informantes para poder elaborar un perfil demográfico y socioeconómico.

La irrupción de la violencia obstétrica en los relatos de parto

El debate sobre la violencia obstétrica apareció inesperadamente en la investigación a través del trabajo de campo etnográfico. Es cierto que desde hacía un año atrás había captado algunas referencias a este concepto en el discurso de algunas informantes, pero había sido de manera residual y muy esporádica. Sin embargo, en aquel periodo intensivo de trabajo de campo los relatos de partos de mujeres que aseguraban haber sido víctimas de violencia obstétrica empezaron a ocupar una presencia suficiente como para que fuera lógico tenerlos en cuenta. Podría decirse que en aquel momento fue una decisión un tanto osada en la medida en que, pese a no ser un tema nuevo, el concepto «violencia obstétrica» era todavía prácticamente desconocido en nuestro entorno social, produciendo, de entrada, un rechazo generalizado e inmediato cuando se empleaba en contextos en que su uso no era demasiado frecuente. Pero a pesar de ello, al listado de objetivos específicos de la investigación doctoral se incorporó desde entonces el de comprender de qué modo

conceptualizan las mujeres prohumanización del parto la violencia obstétrica, y más tarde también los profesionales sanitarios.

Ese fue el motivo por el que entre enero y junio del 2014 la investigación estuvo centrada en trabajar particularmente la cuestión de la violencia obstétrica con las mujeres. Realicé entrevistas a madres informantes y recopilé cinco relatos de parto que analicé a fondo desde la perspectiva de la corporalidad por el papel central que este tenía. Revisé, asimismo, otros relatos compilados en el pasado y comprobé que en algunos de ellos era posible detectar aspectos que las informantes de esta etapa vinculaban a la violencia obstétrica, pero que, en aquel momento, aquellas otras informantes, no pensaban en estos términos. O al menos no lo habían explicitado. Aquello era lo suficientemente inquietante como para que, en determinado momento, tuviera la tentación de volver a hablar con aquellas mujeres para preguntarles si interpretaban ciertos episodios de sus partos como lo que podía ser entendido como violencia obstétrica. No obstante, ello provocó uno de los diversos dilemas éticos, puede que también el más complejo, al que tuve que enfrentarme como etnógrafa entonces, y también más adelante. Por un lado, parecía realmente importante abordar aquel interrogante. Sin embargo, por el otro, era consciente de que realizar aquella pregunta a ciertas madres podía suponer una alteración relevante, puede que definitiva, en la manera que tenían de pensar y rememorar sus partos. El impacto personal que podía causar en ellas, teniendo en cuenta que no era una iniciativa surgida de su propia voluntad, sino de la investigación que yo estaba desarrollando, me llevaron a descartar esta opción por no poder controlar las consecuencias que podía tener. Me sentí convencida, además, porque creyendo conocerlas bastante bien a esas alturas, tuve la certeza de que, si con el tiempo les surgía alguna inquietud de este tipo sobre sus partos, serían perfectamente capaces de saber dónde y a quién acudir para informarse y resolver todas sus dudas o preocupaciones. Y, de hecho, así fue con un par de informantes como pude averiguar unos meses más tarde.

A partir de aquel momento de la investigación, continué con la misma determinación en los momentos en que volvían a repetirse situaciones parecidas que planteaban el mismo dilema. Y continué actuando en la misma línea hasta que, tiempo después, y como veremos más adelante, me encontré ante dos madres que me pidieron explícitamente información para determinar, porque así lo sospechaban, que la atención recibida durante sus partos no se había producido en los términos de respeto adecuados. Accedí entonces a proporcionarles la información etnográfica de la que disponía, porque me parecía lo justo teniendo en cuenta que ellas habían permitido a que estuviera presente y etnografiara sus partos y que, por lo tanto, eran datos que les pertenecían y que yo no podía, ni debía, obstaculizar.

El trabajo llevado a cabo durante aquel periodo no hubiera sido igual de prolífico sin la ayuda que me brindaron algunas informantes ya conocidas, así como también otras mujeres vinculadas a la principal asociación que se ocupan de este tipo de asuntos en Catalunya, es decir, Dona Llum - Associació Catalana per un Part Respectat. Aquellas madres estuvieron dispuestas a participar hasta en dos ocasiones en discusiones grupales sobre la cuestión de la violencia obstétrica que organicé con cuatro mujeres en cada una de las ocasiones. Gracias a aquellos encuentros, y a través de ellas, pude conocer, reflexionar, compilar, leer y analizar materiales y bibliografía especializada. En aquellos tiempos, también fue definitivo poder tener la oportunidad de emprender un debate en clave antropológica con otras antropólogas de Barcelona que también se encontraban investigando sobre la temática de la violencia obstétrica, y muy especialmente con Serena

Brigidi, Laura Cardús y Marta Ausona, a quienes debo haber disipado y contrastado muchas de mis dudas e impresiones, y también el haberme dado apoyo moral en una etapa etnográfica verdaderamente desgastadora.

Pese a que inicialmente la incorporación de la violencia obstétrica como eje de atención de la investigación doctoral produjo recelo entre algunos de mis colegas académicos, su emergencia como debate internacional en los años inmediatamente posteriores —algo que retomaremos más adelante— ha puesto de manifiesto no solo la conveniencia de considerarla como parte de la etnografía, sino de entenderla como un asunto particularmente nuclear para comprender por qué continúa existiendo el Movimiento por el Parto y el Nacimiento Digno en las *sociedades occidentales* en el siglo XXI, tras un largo proceso de gestación a lo largo de casi todo el siglo XX.

El trabajo de campo con madres activistas y redes sociales virtuales

Si bien el trabajo de campo con grupos de activistas estaba contemplado en el proyecto de la investigación etnográfica, la realidad se impuso sobre el calendario de tesis, que lo tenía previsto para la última etapa de recogida de datos. Cabe señalar, no obstante, que aquel calendario se había elaborado bajo el supuesto de que el trabajo de campo en un hospital público sería anterior al de los colectivos de activistas. Sin embargo, el hecho de que el acceso al ámbito hospitalario empezara a retrasarse en demasía —hablaré de ello en el siguiente subapartado—, y que en el propio campo surgiera espontáneamente la posibilidad de comenzar a trabajar este aspecto de la etnografía, llevaron a considerar razonable aprovechar aquella oportunidad.

Cuando hacía un par de meses que estaba trabajando en la recopilación y análisis de relatos de parto de mujeres que habían padecido distintos tipos de agravios durante sus partos, las propias informantes con las que me seguía relacionando me pusieron en contacto con distintas personas que se definían a sí mismas como activistas. Procurando que la muestra fuera heterogénea, realicé entrevistas iniciales que permitieron básicamente dos cosas: por un lado, establecer nuevas relaciones etnográficas no solo con las entrevistadas sino, además, por extensión, con otras muchas mujeres de sus redes sociales; por el otro, contar con un punto de partida con el que elaborar toda una serie de hipótesis que, después, iría contrastando cuando el trabajo de campo adaptó un carácter más extensivo, es decir, cuando pasó de enfocarse en sujetos concretos (entrevistas) a estudiar a grupos de sujetos (observación participante).

Las entrevistas realizadas a estas madres activistas, el propósito esencial de las cuales fue profundizar no solo en los discursos y las ideologías asociadas al parto humanizado, sino también recoger la vivencia personal de su activismo, dieron pie a que empezara a explorar ciertos espacios a los que ellas mismas vinculaban con la dimensión activista de sus vidas. Llegar hasta estos escenarios etnográficos no fue singularmente complejo porque, dados los intereses en los que sustentaba la investigación, en seguida me invitaban a acompañarlas. De modo que la recopilación de datos y relatos sobre violencia obstétrica estuvo compaginada con un periodo de trabajo de campo etnográfico con bastante movimiento, y en donde fue habitual que, junto con pequeños grupos de madres (dos o tres, normalmente), asistiera a múltiples actividades: estrenos de documentales, cine-fórums, charlas y talleres temáticos que trataban temas específicos, como por ejemplo, la elaboración de un plan de parto, la sexualidad femenina antes, durante y después del parto o el sueño de los bebés en los primeros meses de vida, así como actividades y eventos especialmente importantes, como la celebración anual de la Semana Mundial Por el Parto

Respetado o el Día Mundial de los Derechos del Nacimiento. Uno de los aspectos más interesantes de poder realizar observaciones en este conjunto de escenarios fue comprobar que en ellos confluían, de nuevo, las trayectorias de diversas madres informantes que se habían ido incorporando como tal a la etnografía en distintos momentos, pero a las que fue posible a partir de entonces ver interactuar a la vez y en un mismo lugar, pudiendo captar visiblemente cómo sus diferentes enfoques, opiniones y experiencias se ponían en contraste, gracias a que eran espacios en los que fácilmente se generaba el debate y el diálogo colectivo a distintas voces.

Además de lo anterior, es importante apuntar que desde principios del 2014 empecé a tomar en cuenta en la investigación lo que ocurría en las redes sociales virtuales, específicamente en Facebook, pero prestando atención también a algunos fórums, sobre todo el de Sócpetit.cat, y a ciertos blogs sobre maternidad, alguno de los cuales pertenecían a informantes conocidos. La principal razón por la que pareció oportuno hacerlo fue porque, de igual modo que había estado descubriendo y explorando distintos escenarios etnográficos significativos para las madres y los padres de la etnografía, comprendí que el medio virtual era, sin duda, un espacio particularmente clave para ellos. En ese sentido, la observación se dio por natural continuidad del trabajo etnográfico. Pero no solo eso. A partir de cierto punto del trabajo de campo se convirtió también en una útil fuente de orientación porque, de igual modo que en su momento lo fue aprender términos técnicos médicos, era un elemento facilitador y operativo para captar con mayor exactitud conversaciones cotidianas de las madres, que comentaban lo que sucedía en las redes sociales. Además de todo lo anterior, cabe tener en cuenta que el mundo virtual es uno de los escenarios principales en que se ejerce y se manifiesta el activismo por parte de las mujeres, por las posibilidades de difusión que ofrecen como medio. Todo ello sumado a que es el foco en el que en la actualidad tienen lugar los debates a gran escala sobre la maternidad. De hecho, algunas autoras como Cira Crespo y Mariona Visa (2014) que han estudiado este fenómeno, ven en el auge y éxito de los blogs, fórums y redes virtuales una extensión de lo que las mujeres siempre hicieron en entornos más reducidos y privados, como el del lavadero, que era compartir experiencias, ayuda y consejos, con la diferencia de que en el caso del mundo virtual todo esto está sucediendo en la dimensión pública. En suma, dado el relevante papel que juegan las redes sociales virtuales en el ejercicio de la maternidad y la paternidad de los informantes, estas han sido una especie de observatorio auxiliar en la etnografía, a pesar que a los datos surgidos de este contexto no se les ha dado el mismo tratamiento que en los que recogidos presencialmente o en las entrevistas, que tienen el peso protagonista del trabajo, por una cuestión de prudencia, primero, dada mi escasa formación en este campo, y porque no era objetivo de la investigación llevar a cabo una etnografía virtual.

Como forma de inmersión en los materiales que las activistas manejaban cotidianamente, empecé desde este momento a recopilar documentales, vídeos de partos e imágenes. Asimismo, empezó mi interés por algunos proyectos artísticos en los que quedaba plasmado este tipo de activismo, y en los que las informantes se veían reflejadas, de modo que durante este periodo también se reunió documentación sobre ellos.

El estadio crítico de la tesis: dificultades y demoras en el acceso al hospital

Después de la reunión mantenida con profesionales vinculados al Programa MARE del Hospital infantil Sant Joan de Déu en mayo del 2013, hubo un primer periodo corto, de cuatro meses, en que la comunicación con el hospital se mantuvo, si bien con poca fluidez por su parte. Un tiempo después de que remitiera al hospital un documento que contenía el

diseño del proyecto de investigación, así como una planificación inicial de lo que iba a ser el trabajo de campo. Se me comunicó que trasladaban la información al departamento de coordinación de prácticas de estudiantes. Se sucedieron diversas situaciones de confusión porque, pensando que mi caso era el de muchos otros estudiantes que solicitan hacer allí una estancia de formación, me pedían una serie de requisitos y titulaciones que, por no ser personal sanitario, no podía aportar. A lo que, además, se sumó que me demandaran, de igual modo que a los estudiantes, realizar un pago económico para poder llevar a cabo la estancia, algo que no había sido ni planteado ni negociado durante nuestra reunión inicial, y que por lo tanto descarté.

Tras muchos otros intentos desde enero a junio del 2014, la comunicación con el hospital se cortó. El intento había durado 13 meses. Cuando con mis directoras de tesis empezamos incluso a pensar que tal vez fuera necesario redefinir el formato de la tesis sin el estudio comparativo que formaba parte del diseño inicial, y en el punto en que la investigación estaba pasando por su estadio más crítico, fue particularmente revelador que, en un encuentro esporádico de los diversos que mantuve en aquellos años con Sonia Waters, comadrona del CSF Marenostrum, me sugiriese enfocar el interés en La Maternitat de Barcelona. Según me dijo, no solo porque realmente podía darse por extinguida la vía de acceso al Hospital infantil Sant Joan de Déu, sino sobre todo porque, por un lado, el hecho de que La Maternitat fuera «la cuna del parto natural hospitalario» en Barcelona la hacía más pertinente y atractiva para los objetivos de la investigación doctoral y, por el otro, porque el tipo de perfil que tenían las informantes que buscaba coincidía más con las mujeres barcelonesas que, por criterios de reparto poblacional, acudían a dar a luz a La Maternitat.

2.2.4 La sala de partos de La Maternitat y narrativas vivenciales del personal sanitario [septiembre del 2014 - mayo del 2016]

De la vía de entrada al hospital y las comisiones de ética

En septiembre del 2014 llegó a mi correo electrónico un mensaje en el que, gracias a ciertas alertas automáticas que tiempo atrás había configurado, me notificaban un listado de artículos académicos recientemente publicados que versaban sobre temas semejantes al de la investigación doctoral. Entre ellos, me llamó la atención uno que recogía los resultados de un estudio transversal y comparativo sobre intervenciones obstétricas en dos hospitales de Catalunya (Escuriet et al., 2014). Al leerlo comprobé que, aunque estaba firmado por un grupo numeroso de nombres, el del primer autor correspondía al del coordinador del Programa d'Atenció al Part Normal en el del Departament de Salut, Ramon Escuriet, una figura conocida y bien valorada entre mis informantes, a quien yo también conocía por ser autor, junto con otras personas, de algunos protocolos catalanes. Cuando constaté que en el artículo indicaba que las dudas o comentarios a la publicación debían enviarse a su dirección de correo electrónico institucional, en seguida redacté y le remití un mensaje en el que le exponía las dificultades con las que me estaba encontrando para acceder a un hospital público para poder realizar un estudio de caso etnográfico y le preguntaba si se le ocurría de qué manera, cómo o con quién podía hablar para agilizar los trámites. Cabe decir que, francamente, era muy escéptica ante el hecho de recibir una respuesta. Pero, sin embargo, no solo contestó, sino que se prestó a que mantuviéramos una reunión presencial para valorar algunas opciones.

Me recomendó elegir la Maternitat y se ofreció para hacer de puente de contacto con la coordinadora que, además, por el tipo de perfil profesional que tenía, creía que accedería a mi propuesta sin demasiados problemas. Aquel mismo día, por la noche, me informó de que ya se había puesto en contacto con la coordinadora, que ciertamente parecía estar interesada en el proyecto, y que esta quedaba a la espera de recibir por mi parte un correo electrónico que incluyera los detalles de la investigación doctoral.

Pese a la velocidad con la que Ramon Escuriet derivó la propuesta a La Maternitat, se acabaría convirtiendo en un informante significativo de la investigación, obviamente, por el trabajo que desempeña dentro del Departament de Salut, pero también por la cercanía de nuestros intereses de investigación, porque es el único matrón masculino con el que ha sido posible contar en la etnografía y, también, por una afinidad personal tejida por el tiempo.

Escasos días más tarde, Ángela Arranz, que entonces era supervisora del bloque obstétrico de La Maternitat del Hospital Clínic de Barcelona, me había confirmado que el hospital aceptaba mi petición para poder realizar el trabajo de campo etnográfico en la sala de partos. Para la planificación y concreción del trabajo etnográfico, Ángela Arranz me pidió que nos entrevistáramos en persona. Aunque se podría decir que iba a tratarse, en principio, de una reunión técnica de trabajo, acabó deviniendo en una suerte de entrevista informal, distendida, que me dio la oportunidad de conocer la trayectoria profesional de Ángela, que se identificaba a sí misma como enfermera neonatal, y su visión sobre el panorama de la asistencia al embarazo y el nacimiento, con todas sus complejidades y variables. Probablemente uno de los factores especialmente sorprendentes de aquella reunión fue encontrar a una profesional sanitaria que valoraba la observación del modo en que lo hacía Ángela Arranz. De hecho, tomando un café en la parte del comedor reservada para los trabajadores, me explicó que cuando empezó a ser la coordinadora pasó los primeros cuatro meses realizando, básicamente, observaciones. Y que aquella experiencia le había hecho comprender, según decía, no solo que la observación —no tanto la observación participante— era una técnica que aportaba una muy valiosa información a pesar de estar tan poco valorada en el mundo sanitario, sino que era imprescindible en un contexto como aquél, en el que desarrollaban un trabajo tan particular. En aquella primera entrevista, Ángela me acompañó a conocer diferentes áreas del hospital y los distintos espacios que conformaban la sala de partos con el propósito de que me empezara a familiarizar con ellos ya que, como me aseguró, los frecuentaría diariamente cuando empezara el trabajo de campo etnográfico. Asimismo, ya me presentó a algunos de los profesionales que aquella mañana de octubre se encontraban de guardia para que comenzáramos a conocernos. Y tras todo ello, acordamos que iniciaría el trabajo etnográfico a principios del mes de noviembre.

En los días inminentemente posteriores a aquella reunión, que de algún modo supuso la confirmación formal de que el estudio de caso de un hospital público podría llevarse a cabo, se consiguió la aprobación de la Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana (CEEAH) de la UAB como garantía de que el trabajo etnográfico en el contexto hospitalario se realizaría adecuadamente. Con la ayuda de los doctores Aurelio Díaz, José Luis Molina y Rafael Clua, fue posible obtener el informe favorable durante los primeros días de noviembre del 2014 y que el trabajo de campo etnográfico en la sala de partos de La Maternitat comenzara pocos días más tarde, con toda la documentación requerida en orden.

Es importante subrayar que, por bien que el primer intento de acceso al ámbito hospitalario para efectuar el estudio de caso etnográfico fue inviable y llevó a la investigación a un desajuste notable respecto a la planificación de trabajo original, la

velocidad a la que se produjo todo el proceso en el segundo intento —dos meses en total— permitió recuperar el equilibrio de cara al calendario de trabajo y sobre todo afianzar la seguridad de que el proyecto de investigación original podría llevarse a término sin experimentar cambios mayores.

Exploración de los ambientes sanitarios y preparativos y acuerdos para el comienzo del trabajo de campo

La investigación doctoral había llegado a un punto en el que se requería poner el foco de atención en los profesionales de la salud. Pese a que en las etapas anteriores de trabajo etnográfico se había convivido con distintos perfiles de profesionales, la mayoría de ellos no estaban vinculados al contexto de la sanidad institucional. Por eso, todavía estaba pendiente la tarea de conocer y profundizar en la visión que poseen los sanitarios ligados sobre todo al contexto hospitalario, porque sobre ellos recae directamente la influencia de todos los nuevos protocolos clínicos de atención al nacimiento.

Por el hecho de que todavía no se había dado esta convivencia cercana con estos informantes de interés, a lo largo de la primera entrevista mantenida con Ramon Escuriet, este me propuso, como toma de contacto con los entornos sanitarios, que acudiera a distintos eventos científicos que en las siguientes semanas iban a celebrarse en Barcelona, relacionados con la atención a la salud materno-infantil, donde la temática de la humanización de la asistencia al parto iba a tener un papel nuclear. Por eso, en los sucesivos días, y también después en los meses posteriores, asistí a múltiples jornadas, seminarios y congresos, un conjunto de ambientes que, aunque no habían sido así considerados en el proyecto doctoral inicial, se transformaron a partir de entonces en escenarios etnográficos indispensables para seguir de cerca los principales debates que se generaban en el seno del colectivo de profesionales sanitarios. Por otro lado, también fue muy útil para registrar cómo confluían en un mismo contexto informantes que se habían incorporado el estudio etnográfico en el pasado, con otros nuevos que lo estaban haciendo recientemente, y que estaban vinculados a distintas esferas de la atención al parto en Catalunya; así, en este tipo de reuniones, interactuaban especialistas sanitarios vinculados al parto hospitalario, con otros ligados al parto en casa o a las casas de nacimiento. Además de lo anterior, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a cuatro profesionales de la salud que eran muy positivamente valorados por las madres prohumanización en Barcelona, y que eran dos comadronas (no trabajaban en La Maternitat, sino en otros hospitales y/o centros de atención primaria), una pediatra y una doula y asesora de lactancia.

En aquel punto de la investigación doctoral, con el paso del tiempo y las horas de puesta en práctica, mi experiencia con la etnografía había ido evolucionando. Es preciso señalar, sin embargo, que no me considero una persona especialmente dotada para el trabajo etnográfico, como así parece ser para algunos de mis colegas antropólogos, y que fueron necesarios muchos años y mucho ensayo-error como para afianzar una seguridad mínima en cuanto al trabajo etnográfico. No obstante, ya que no contaba con experiencias previas en la tarea de hacer trabajo de campo en el marco hospitalario, y a pesar de que la rapidez con la que se produjo mi acceso formal al hospital no dio demasiado margen a poder hacerlo con la profundidad que merecía, durante aquellas escasas semanas realicé algunas lecturas que fueron productivas para conocer el tipo de problemáticas que se planteaban ante los antropólogos en este tipo de contextos etnográficos. Asimismo, me sirvieron de orientación cuando surgieron las encrucijadas en el trabajo de campo, siendo especialmente inspiradores los escritos de Amezcua (2013), Van der Geest y Finkler (2004), Blázquez

(2008), Wind (2008), Long, Hunter y Van der Geest (2008), Barber (2009), Mantilla (2008), y sobre todo los recopilatorios de Martínez-Hernáez, Masana y DiGiacomo [eds.] siguientes páginas se podrá encontrar un subapartado donde se abordarán las encrucijadas surgidas en el trabajo etnográfico y sus correspondientes consideraciones críticas en mayor detalle.

Previamente al comienzo del trabajo etnográfico en la sala de partos de La Maternitat, Ángela Arranz y yo mantuvimos una segunda reunión presencial para resolver múltiples aspectos preliminares de procedimiento pragmático. A continuación, se exponen los más significativos:

1. Las observaciones comenzarían el mes de noviembre del 2014 y tendrían una duración mínima de seis meses, pero no se ponía fecha de finalización, dejando a mi criterio como etnógrafa determinar cuándo era propicio dar por finalizada la etapa de trabajo de campo.
2. Se llevarían a cabo tres observaciones semanales de al menos cuatro horas, siempre y cuando esto fuera compatible con mi actividad laboral. No se establecieron los días concretos de la semana para favorecer la flexibilidad, pero acabaron siendo de forma bastante regular los lunes, miércoles y viernes.
3. Podría realizar indistintamente observaciones en el turno de mañana como en el de noche. No obstante, de acuerdo con mis ocupaciones particulares (elemento limitador) solo fue posible etnografiar en profundidad la realidad del turno de mañana que, no obstante, abarcaba de las 8 h de la mañana a las 20 h de la tarde. A pesar de ello, la última observación de campo se llevó a cabo durante el turno nocturno (de 20 h de la tarde a 8 h de la mañana del día siguiente), algo que vino especialmente motivado por los propios profesionales de la sala de partos, que insistieron mucho en que al menos debía poder estar presente una vez para que pudiera captar la esencia de los que me habían ido contando sobre ese turno.
4. Todas las áreas que componían la sala de partos (urgencias, salas de dilatación, zona quirúrgica, vestuario, etc.) podían ser susceptibles de observación, así como otros espacios del hospital como la entrada al edificio, la recepción, la sala de espera, la cafetería o las habitaciones de planta.
5. Con el fin de asegurar la privacidad de los datos, no tendría acceso a las historias clínicas.
6. No iba a ser una investigación encubierta, ni para los profesionales que trabajaban allí ni para las usuarias y sus acompañantes. Pero solicité que, en la medida de lo posible, pudiera presentarme yo misma e informar personalmente a todos los actores tanto de mi trabajo allí como de la investigación doctoral. Acordamos, por ello, que desde la supervisión se iría informando a los equipos de que próximamente convivirían con una etnógrafa, pero declinamos la opción de hacer una presentación formal por la preocupación que me causaba que los trabajadores pudieran percibirme como cómplice del equipo de superiores que se encargaban de coordinar la sala. Una cosa era que, obviamente, supieran que mi acceso a la sala de partos había tenido que ser inevitablemente negociada con el equipo de supervisión, otra diferente que pudieran pensar que solo ellos eran objeto de las observaciones, cuando en realidad lo eran todos. A nivel informativo, además de todo lo anterior, se puso a disposición de los profesionales la opción de contar con una hoja informativa de la investigación doctoral, aunque no del consentimiento informado individual para las observaciones, porque quedaba contemplado dentro

del que se firmó a nivel general con la supervisión de la sala de partos, aprobado por el comité de ética de la UAB. Se les facilitó, empero, un folio de consentimiento informado individual en las entrevistas semiestructuradas. A las mujeres gestantes usuarias y a los padres (acompañantes) se les hacía entrega de una hoja informativa y un documento de consentimiento informado para cada uno de ellos, en catalán o en castellano, según sus preferencias. No podría estar presente en ningún parto sin que las usuarias y sus acompañantes hubieran firmado el consentimiento informado[10].

7. Aunque no era imprescindible en las demás zonas del hospital, durante las observaciones en la sala de partos debería vestir con el uniforme que llevaba el equipo de sanitarios, esto es, «un pijama» de color verde, compuesto de un pantalón y una pieza superior de manga corta, así como un calzado adecuado, cuyo uso debía quedar restringido al hospital, y que en este caso fueron unos zuecos de plástico blancos tipo *crocs* (muy parecidos a los que usaban todos). Por el contrario, no tendría que llevar ninguna tarjeta ni ningún otro elemento identificativo porque no lo llevaba nadie. Pese a mis múltiples resistencias por el hecho de tener que adoptar el uniforme, siendo de hecho uno de los asuntos que más llegó a inquietarme previamente al comienzo del trabajo de campo, consciente como era de que podía limitar y obstaculizar la propia tarea etnográfica, esta visión iría convirtiéndose parcialmente en una de más operativa, como podrá verse más adelante.

8. A pesar de mi continuada insistencia acerca de que era imprescindible desarrollar un trabajo regular y sostenido en el tiempo para recabar un volumen suficiente de datos para el análisis, la supervisora de la sala de partos me explicó que, pese a que tomarían los datos con extrema prudencia, sería útil para ellos que cumplimentara unas fichas de observación[11], únicamente en los casos en los que fuera a estar presente durante la dilatación y el parto, sin establecer un número mínimo ni máximo. Acepté la propuesta porque, aunque no lo compartía integralmente, me daba cuenta de que aquello formaba parte de la propia lógica del sistema sanitario, acostumbrado a buscar, recopilar y tener datos disponibles para hacer análisis cuanto más inmediatamente mejor. Por otro lado, cabía tener en cuenta que me había beneficiado considerablemente de la rapidez con que se había aceptado mi solicitud para realizar allí trabajo de campo, de modo que contribuir a recoger aquellos datos también podía ser una forma de agradecerlo, aunque no fuera la situación idónea. De todos modos, es preciso explicitar que el diseño de las fichas se elaboró conjuntamente, pudiendo tener la oportunidad de negociar algunos ítems de observación, si bien es obvio que el hecho de que tuvieran que ser tenidos en cuenta influyó más tarde en mi mirada como etnógrafa.

9. Una vez los datos etnográficos fueran analizados y plasmados en la tesis doctoral, se pondría en conocimiento de los profesionales que trabajaban en la sala de partos los resultados y/o conclusiones.

10. No estaba previsto definir aplicaciones y/o intervenciones en la realidad estudiada a partir de los datos recopilados. Era una cuestión que quedaba reservada, en principio, para ser retomada y considerada solo después de la publicación de la tesis.

[10] Las hojas informativas y consentimientos informados están incluidos en el Anexo.
[11] El modelo de las fichas de observación está incluido en el Anexo.

«Antropóloga de pijama verde»[12]: etnografiando la sala de partos

Los encuentros preliminares que mantuvimos Ángela Arranz y yo para acordar los términos de la investigación etnográfica sirvieron como primera toma de contacto visual con la sala de partos. Pero, aun así, para el antropólogo que supone un lugar totalmente desconocido, como era el caso, la primera impresión es la de haber alunizado. A menudo, los etnógrafos que llevamos a cabo trabajo de campo en nuestro mismo entorno cultural damos demasiado por sentado que, por este hecho, no nos encontraremos con demasiados obstáculos o problemáticas para comprender la realidad estudiada. La mayoría, de hecho, centramos nuestros esfuerzos en realizar un ejercicio de extrañamiento lo suficientemente óptimo como para que, en lo posible, seamos capaces de vislumbrarlo todo desde una mirada crítica que no dé nada por sentado. Y aunque es cierto que tenemos más facilidades que nuestros colegas que elaboran etnografías en marcos culturales foráneos, no por ello cabe olvidar que hay porciones de realidad de nuestro propio contexto cultural que desconocemos de forma absoluta. En mi caso, había estado preocupándome tan insistentemente en obligarme a aquel ejercicio de extrañamiento, que no se me ocurrió calcular que podría acabar experimentando un intenso extrañamiento espontáneo, sin necesidad de forzar demasiado las cosas. Pero eso fue justamente lo que sucedió.

La primera parte del trabajo etnográfico en la sala de partos de La Maternitat requirió de una fase preliminar de adaptación que duró aproximadamente un mes y medio. En el transcurso de esta, se recopiló un volumen considerable de datos básicos como exhaustivas descripciones de los espacios que componían aquel lugar, el funcionamiento interno de cada uno de ellos, el amplio espectro de perfiles profesionales que allí convivían, así como sus respectivos —y para cada uno diferentes— sistemas de turnos, así como registrar las numerosas situaciones simultáneas que se dan en una sala de partos (nacimiento, abortos, legrados, cesáreas, cirugías, etc.). Obviamente, también implicó una etapa de acondicionamiento paralelo para las personas que habitaban la sala de partos, muy poco habituados a la figura de una etnógrafa, que al principio despertaba recelos y preocupaciones dentro del equipo. Afortunadamente, mi escaso dominio y conocimiento de los espacios, y las muchas situaciones de torpeza a las que ello me condujo, acabó erigiéndose como un elemento para romper el hielo y comenzar acercamientos mutuos, ya que, aunque mi relación con los trabajadores y los estudiantes todavía no estaba asentada, es destacable que alguno de ellos siempre se acababa prestando a auxiliarme cuando me metía en un lío, cosa que en general les despertaba no poca simpatía.

Tras la toma de contacto inicial, empezó un periodo de establecimiento de relaciones más intencional, de penetración en los distintos grupos que se conformaban, y de captación, inmersión y comprensión de las muchas, y muy variadas, dinámicas relacionales que se establecían entre los distintos profesionales. Una vez se habían aclimatado un poco a la presencia de la antropóloga, algunos de ellos se comenzaron a aproximar para plantearme preguntas sobre en qué consistía el trabajo que estaba haciendo allí, cómo se desarrollaba la observación, qué me había llevado a acabar en La Maternitat, si había estado en más hospitales o de qué trataba la investigación doctoral. Y de igual manera que sucedió con los padres en el CSF Marenostrum, esta última cuestión fue muy provechosa para entablar toda una serie de diálogos iniciales en los que podían vislumbrarse

[12] El título es un gesto cómplice al capítulo titulado «Antropólogas de bata blanca: praxis y problemas del trabajo etnográfico en hospitales» de Beatriz Tosal, Serena Brigidi e Inma Hurtado (en Romaní [ed.], 2013).

impresiones, creencias y opiniones acerca de la humanización del parto y el nacimiento. Por aquel tiempo, este tipo de conversaciones surgían de manera más individual y privada, es decir, que eran iniciativas de una sola persona que transcurrían en rincones y espacios menos transitados por los demás, por ejemplo, el vestuario (cuando no había mucha gente), la pequeña sala de enfermería, el enano cuarto de la limpieza, las salas de dilatación cuando estaban vacías, las máquinas de agua o café de la sala de espera, los ascensores o la zona exterior de la puerta de urgencias para ambulancias donde de vez en cuando, alguno de los profesionales salía a fumar un cigarrillo.

La construcción de relaciones etnográficas fue una tarea lenta y laboriosa, y fue uno de los elementos en los que se requirió emplear más trabajo, tiempo y paciencia. Pese a que esto contrasta con el modo y el ritmo en que se habían tejido las relaciones con las profesionales del CSF Marenostrum, las familias y los colectivos activistas, es necesario recordar que, si bien el resto de los informantes se habían adherido por voluntad propia al estudio, no era así en el caso de los profesionales que trabajaban en la sala de partos de La Maternitat, algo que indudablemente determinaba el punto de partida desde el que poder crear lazos cercanos. Incluso para aquellos que no era incómodo tener cerca a una etnógrafa realizando observación participante, remarcaban que hubiera sido apropiado consultarles o que hubieran preferido una presentación más formal sobre mí y el trabajo que iba a desarrollar allí, algo lógico desde su punto de vista, pero que como ya mencioné anteriormente podía poner en peligro, todavía más, la idea de ser percibida como una espía o aliada de los jefes. Una sospecha que, por otro lado, algunos de los profesionales de la sala de partos continuaron manteniendo en el tiempo, aunque cierto es también que fueron los que se mantuvieron más claramente al margen del estudio etnográfico y, por ende, tampoco pudieron experimentarlo como así lo hicieron otros muchos, a quienes pasados los primeros meses de contacto, les parecía una idea interesante, por no decir indispensable, que una antropóloga se hubiera preocupado por sus vivencias, un asunto que acababan agradeciendo, ya que compartían la sensación que sobre el debate del parto humanizado se daba voz única y exclusivamente a las madres y que, en cambio, habían multiplicidad de aspectos sobre ellos, el personal de los hospitales, que la sociedad no contemplaba ni conocía, por ejemplo, las condiciones laborales o los riesgos legales que llevan implícito el ejercicio de su profesión.

La instauración de relaciones tampoco fue simétrica, ni con los distintos perfiles de profesionales, ni dentro de cada uno de los grupos que según dicho perfil se generaban. Hubo cierto grado de facilidad para entablar relaciones etnográficas con el personal de limpieza, los celadores, las auxiliares de enfermería, con las comadronas y con las denominadas LLIRs[13] (estudiantes para comadronas). Particularmente complejo fue establecer conexiones con los médicos adjuntos y los residentes, y en ello posiblemente influyeron dos elementos para tener en cuenta. El primero es que, así como limpiadoras, celadores, auxiliares de enfermería, comadronas y LLIRs eran personal fijo en las salas de dilatación, que por ser los lugares donde tenían lugar los partos de gestantes de bajo riesgo eran los que más interesaban a la investigación etnográfica, los médicos adjuntos, sobre todo ginecólogos y anestesistas, así como los residentes (estudiantes) eran un personal más rotatorio, cuya presencia no solo era menos regular, sino que en el momento en que aparecían era para llevar a cabo acciones muy concretas: determinar complicaciones, hacer diagnósticos, atender partos instrumentalizados o realizar operaciones quirúrgicas, sobre

[13] Es la abreviatura técnica de «Llevadores Internes Residents».

todo las cesáreas. Esto tiene que ver, de hecho, con una de las características de funcionamiento básico de la sala de partos de La Maternitat, donde a pesar de que el trabajo es interdisciplinar, las comadronas tienen una presencia y un papel especialmente importante. El segundo aspecto tiene que ver con el hecho de que la sensación es que, a pesar de que se ofrecieron varias explicaciones directas al respecto, era como si para los médicos y sus estudiantes la investigación etnográfica fuera algo que no les alcanzaba, que no iba con ellos, sino que estaba más bien reservado para el resto. El interés y la implicación de éstos fue sorprendentemente escasa, y en las pocas ocasiones registradas en el diario de campo en que surgieron oportunidades de intercambio, la mayor parte de diálogos acababan deviniendo en una interpelación acerca de la metodología y las técnicas de investigación empleadas en el trabajo etnográfico; situaciones que en numerosos casos sirvió para que me transmitieran el intenso escepticismo que les despertaba la antropología como campo de conocimiento.

Con el personal de limpieza, celadores, auxiliares y sobre todo con las comadronas y las LLIRs las relaciones etnográficas se fueron tejiendo en tiempo distintos. Por el sistema de turnos establecido en la sala de partos, y dados los días que podía acudir a realizar observaciones, cada semana coincidía con un turno distinto; uno de los dos en los que, a grandes rasgos, se organizaba la sala de partos, tomando como referencia los turnos de comadronas. Es posible afirmar que uno de los turnos se acostumbró más fácilmente a mi presencia y que en el otro fue más costosa la integración, por lo que los primeros informantes significativos se generaron en el primero. No obstante, más tarde, fue haciéndose posible un intercambio más fluido y, aunque no se dio una circunstancia de total equilibrio entre ambos grupos/turnos, sí se alcanzó un nivel de desenvoltura suficientemente óptimo. Así, con el paso de los meses, algunos empezaron a incorporarme, bajo invitación, a acompañarlos en momentos como el desayuno o el almuerzo en el comedor reservado para personal en la cafetería-restaurante del hospital. Aquellas situaciones, sumadas a los largos ratos de espera en el centro de control del área de dilatación, y sobre todo después de las 15 h de la tarde, momento en que el número de personas en la sala de partos descendía perceptiblemente y se instauraba un ambiente más tranquilo y un ritmo más pausado, fueron básicas para poder recopilar datos relacionados con sus trayectorias biográficas y profesionales, sus aficiones y opiniones sobre múltiples temas, muchas veces relacionados con la actualidad social o política. Ocurría a veces que en la sala de partos no había ninguna gestante, y sobre todo las auxiliares y comadronas me decían que ese día no vería nada porque «no había partos», y que me podía ir a casa. Sin embargo, en aquel tipo de episodios en los que el trabajo era mínimo y el personal solo iba dejando pasar el tiempo hasta el final de la guardia, descubrí lo valioso que etnográficamente resulta perder el tiempo, algo en lo que siempre ha insistido Lluís Mallart, entre otros.

Además de todo lo anterior, también fue clave conocer, registrar y aprender a dominar el lenguaje con el que los profesionales de la sala de partos se transmitían la información, como de igual modo había pasado con las madres informantes, para afinar la comprensión de lo que estaban comunicando. Así, empecé a incorporar sus propios términos cuando les hacía alguna consulta, por ejemplo: «¿es una *primi*?» (primeriza) o bien «¿la del 1 lleva *peri*?» (epidural). Y fue fundamental, sin margen de dudas, vestir el mismo uniforme. En la sala de partos, desde el equipo de limpieza hasta el equipo de cirugía todos visten el pijama verde de dos piezas. solo los celadores visten completamente con un pijama blanco. Ocasionalmente, los médicos o los residentes visten también una bata blanca

encima. Únicamente el equipo de supervisión —los jefes— visten con ropa de la calle. A pesar de la perturbación inicial que me producía el pijama verde, me di cuenta bastante pronto de que, de haber conseguido vestir con mi propia ropa, como así yo quería, hubiera provocado que se me identificara automáticamente con los superiores, y la integración habría sido más complicada. Si bien al principio lo tomé como un elemento limitador, acabó erigiéndose como uno singularmente integrador. Es verdad que para los antropólogos cuyo principal objetivo es el de trabajar etnográficamente con los pacientes, el uniforme o la bata blanca puede ser un obstáculo en la intención de entablar una relación de igual a igual. Pero en este caso, el hecho de que uno de los propósitos específicos fuera el de profundizar en la visión de los profesionales, el uniforme permitió poder establecer una relación más simétrica. También me permitió poder desplazarme libremente por los distintos espacios del hospital sin que ello despertara sospechas o provocara problemas.

En contraste, para las mujeres usuarias del hospital y sus familiares percibirme con aquel pijama verde les llevaba inmediatamente a pensar que formaba parte del equipo médico, lo que en numerosísimas ocasiones acababa resultando en que me plantearan consultas diagnóstico-médicas, me pidieran soporte sanitario o me hicieran alguna reprimenda si no estaban contentos con la atención, de modo que repetidamente tenía que ofrecer explicaciones sobre mi condición de antropóloga, es decir, personal no sanitario, y derivar sus consultas a los expertos. Algo que solo sucedía cuando no era una situación de urgencia, pues en ese caso se imponía avisar a los profesionales. Vestir el mismo uniforme del equipo médico, ciertamente, llevaba a los usuarios del hospital a una especie de confusión sobre quién era yo. No obstante, también es pertinente apuntar a que, a lo largo de todas las fases anteriores de trabajo de campo en que había podido vestir con mi propia ropa, un gran número de personas pensaron, antes de conocerme, que por mis intereses era comadrona. De hecho, ser confundida con una comadrona ha sido una constante de la investigación etnográfica, algo lógico teniendo en cuenta mis intereses de investigación. Pero lo que es necesariamente destacable en este punto es que no llevar uniforme, en mi caso particular etnográfico, tampoco aseguró en todo momento que los informantes me identificaran correctamente, dándose también equívocos similares a los producidos por el hecho de vestir el pijama verde.

Cuando empezó el trabajo de campo en La Maternitat hacía aproximadamente cinco años y medio que la investigación etnográfica había comenzado en el CSF Marenostrum. Todos aquellos años rodeada de madres, padres y activistas me habían permitido entender en profundidad qué esperaban del trabajo de parto, las expectativas que tenían del parto, el modo en que querían ser acompañados y lo que el nacimiento de sus hijos implicaba para todos y cada uno de ellos. E igualmente, había podido conocer todo lo que querían evitar en la medida posible y lo que directamente rechazaban para un momento como aquél. Por todas esas razones, podría decirse que el propio trabajo etnográfico me había hecho aprender cómo esperaban que fuera el comportamiento de las personas presentes durante el parto, y sin duda fue eso lo que me llevó a creerme preparada para etnografiar partos y nacimiento, ahora sí, con todo el *background* que aportan los años de experiencia haciendo trabajo de campo.

A pesar de todo ello, sin embargo, ni siquiera entonces desarrollé una obsesión compulsiva por presenciar y registrar partos, si bien es cierto que así lo preveía la planificación de la investigación. Esto era algo que confundía mucho a los trabajadores de la sala de partos. Particularmente conflictivo fue que uno de los primeros días que me encontraba por allí, una persona me llamara para que me acercara adónde se encontraba,

en la puerta de una de las salas de dilatación, y de repente me diera entrada justamente en el momento en que parecía que empezaba la fase del expulsivo. Inmediatamente salí de allí y en los siguientes días tuve que ocuparme de hacer saber a los equipos que yo no podía estar presente, ni quería estar presente, en partos en los que mi presencia no había sido previamente acordada con la madre y su acompañante. Hubo, en este sentido, un periodo en que fue necesario dar a conocer a los profesionales los términos en que debía desarrollarse mi trabajo como etnógrafa. A medida que fueron viendo cómo lo llevaba a cabo fueron comprendiendo el sistema de recogida de datos, pero aun así muchas veces me decían que era «demasiado prudente» o «demasiado formal», teniendo en cuenta que, según su impresión, en algunos partos «acaba entrando cualquiera sin consentimiento». No era en realidad un «cualquiera» absoluto, pues me di cuenta de que se referían particularmente a los residentes y otros estudiantes de Medicina o Enfermería.

En el momento en que ya estaban instauradas algunas relaciones de confianza con algunos de los profesionales, mayoritariamente comadronas, pareció buen momento para empezar a realizar las entrevistas individuales previstas. Pese a que cuando se las proponía solían acceder bastante rápido, cuando llegaba el momento de establecer una fecha y lugar de encuentro, les surgían muchas preocupaciones acerca de si iban a ser totalmente anónimas. Era bastante ilustrativo, de hecho, que cuando me lo preguntaban lo hacían bajando el volumen de la voz e incluso me pedían que lo habláramos en un lugar alejado del resto de personas. Fue así como supe que les inquietaba que lo que pudieran decirme u opinar les comportara represalias en el trabajo. Percibir la preocupación que les creaba no solo las consecuencias de la entrevista, a sabiendas incluso de que estaba planteada para ser totalmente anónima, sino que sus compañeros supieran o no si iban o habían sido entrevistados llevó a hacer un replanteamiento sobre esta cuestión, tras el cual acabé por decidir que sería más óptimo realizar las entrevistas individuales a los profesionales una vez se hubiera terminado la fase de observación participante, lo que permitía planificarlas de uno en uno, sin que los demás miembros del equipo tuvieran que saber de su participación particular o no.

La fase inicial de observación intensiva de las dinámicas y el funcionamiento de la sala de partos fue vital para pensar cómo iba a poder ser posible entablar contacto con las gestantes y sus acompañantes. Era este un asunto revestido de múltiples complejidades, porque procurar establecer una relación etnográfica y plantear la participación en la investigación etnográfica a parejas, pero especialmente a las mujeres gestantes, en un momento tan sensible en que el parto ya ha comenzado, y tomando en cuenta que se trata de un perfil de gestante que quiere que el parto discurra en unas circunstancias de intimidad y respeto bastante claras, era algo que se preveía complicado. Fue fundamental, por ello, aprender a prestar atención a los comportamientos que las mujeres van desarrollando a lo largo del parto, algo de lo que había oído hablar mucho, pero que desconocía de forma directa. Esto me llevó a comprender que únicamente sería posible entablar la relación etnográfica en situaciones en que el parto se encontrara en una fase muy inicial, cuando las contracciones son normalmente más suaves y, por eso, las mujeres (todavía) se comunican con soltura con las personas de su entorno, algo que no sucede cuando el parto está en estadios más avanzados. Una dificultad añadida era que era complicado que aquella situación idónea se diera durante las horas en que hacía las observaciones. Como también lo era que me fuera posible realizar observaciones durante todo el seguimiento, ya que en el caso de las parturientas primerizas ello implicaba una media de 8 o 10 horas, y mis ocupaciones laborales restringían mi propio horario de observaciones.

Pese a todos los inconvenientes, sin embargo, acabó siendo posible un equilibrio de los elementos. Bajo el propósito de encontrar usuarias con un perfil que concordara con el de la investigación doctoral, empezó a prestarse especial atención a las parturientas que solicitaban tener un parto fisiológico y que, por tanto, normalmente eran conducidas a la sala 2 de dilatación, denominada «la suite» por los profesionales, porque era la que estaba especialmente acondicionada para atender este tipo de partos (contaba con bañera obstétrica, un sistema de iluminación sofisticado que creaba ambientes, proyección de imágenes relajantes, lianas, etc.). Ya que las comadronas estaban informadas al respecto, era corriente que cuando aparecía una mujer embarazada que deseaba un «parto natural» en términos de los profesionales, un «parto respetado» según el uso más habitual de las informantes, me pusieran en aviso. Dependiendo del estado inicial en el que se encontraba la gestante optaba por realizar lo que denominé un «seguimiento directo» o bien un «seguimiento indirecto». El seguimiento directo se llevaba a cabo si la mujer se encontraba en un estado óptimo como para poder hablar con ella, así como con su acompañante, y proponerles realizar el seguimiento de su caso. Nunca se propuso un seguimiento directo a menos que tuviera la certeza de que el tiempo iba a permitir recogerlo entero, pues lo contrario hubiera sido incongruente y poco amable de cara a los informantes. El seguimiento indirecto, por el contrario, se realizaba cuando la mujer embarazada mostraba un comportamiento más introvertido y, por tanto, el establecimiento de contacto podía suponer una molestia. En ese tipo de circunstancias, optaba por hacer una observación externa del caso, más centrada en cómo actuaban los profesionales. Esta combinación binaria, si bien no había sido planeada, y se definió por adaptación al propio campo, resultó ser considerablemente operativa, porque, así como en los seguimientos directos se podía registrar el proceso desde dentro del paritorio, los seguimientos indirectos permitían hacerlo desde fuera, y captar, en uno u otro caso, datos etnográficos diferentes, pero complementarios.

Los acompañantes, la gran mayoría de los cuales fueron hombres, es decir, los padres, se transformaron en actores clave. Por el hecho de que era habitual que, por tener un papel más ligado a la intendencia (documentación, bolsas, maletas, dar aviso de algún problema, etc.), realizaran diversas entradas y salidas del paritorio, era relativamente fácil poder hacer un intercambio preliminar con ellos en relación con el planteamiento de los seguimientos. Por un lado, aportaban una primera impresión sobre si el estado en que se encontraba la parturienta hacía viable o no que pudiera entrar a hablar personalmente con ella y proponerle la participación en el estudio etnográfico. Por el otro, muchas veces actuaron de mediadores y fueron ellos mismos los que lo consultaron previamente con ellas antes de que yo hiciera acto de presencia en la habitación.

Las condiciones de intimidad que, en general, suelen pretender y reclamar las mujeres embarazadas que desean un parto humanizado, puede hacer creer, en primera instancia, que son un perfil de gestante que, al ponerse de parto, declinará participar en un estudio antropológico. No obstante, cabe recordar que se trata de un colectivo de madres que suelen mostrarse muy interesadas en la investigación científica y que, en la mayoría de los casos, prestan su colaboración. Aun con todo, fue sorprendente comprobar no solo que incluso en el paritorio querían participar en la investigación etnográfica (hubo un número muy escaso de negativas), sino que consideraban positivo que se llevara a cabo un trabajo de campo etnográfico en la propia sala de partos.

En el establecimiento de contacto con las mujeres embarazadas y sus parejas, el procedimiento consistió en pedirles permiso para poder entrar en la sala de dilatación

(paritorio) para informarles de la investigación. En aquel momento se les entregaba la hoja informativa del proyecto doctoral a cada miembro de la pareja, así como un folio de consentimiento informado. Tras este primer contacto, salía de la habitación para dar a la pareja un tiempo para que meditaran su decisión, que como mínimo era de quince minutos y máximo de treinta, y entonces volvía a presenciarme en la estancia para hablar de la determinación que habían tomado. En caso de que declinaran participar en la investigación, se recogían los consentimientos, pero no las hojas informativas, y les informaba de que, para respetar su decisión, no entraría ninguna otra vez en la sala, ni siquiera acompañando al equipo de comadronas y auxiliares. Cuando la pareja aceptaba, firmábamos conjuntamente el consentimiento informado, quedándose ellos con una copia, y yo con otra. A partir de aquel momento, el desarrollo del seguimiento intentaba lograr cierto equilibrio entre estar presente durante el proceso de dilatación y salvaguardar el tiempo íntimo de la pareja, es decir, que pasaba algunos ratos dentro de paritorio, a veces incluso hablando con ellos y conociendo su historia, y otras fuera, en la zona de control del área de dilatación, donde me era posible compartir con las comadronas encargadas del caso datos relacionados sobre la evolución del parto o sobre la asistencia al parto fisiológico.

Una vez traspasada la primera mitad del periodo de trabajo de campo en la sala de partos, el tiempo de observación directa durante el trabajo de parto fue dilatándose cada vez más, probablemente por el hecho de que fui aprendiendo a convertirme en un ser lo más invisible posible. Sin embargo, mi presencia allí también ocasionó que algunas veces me interpelaran para participar, por ejemplo, para echar una mano a la comadrona con cosas menores porque así me lo pedían si no había auxiliares cerca, como traer una pelota obstétrica del almacén, ir a guardar o sacar algo que necesitaba la pareja de la taquilla del pasillo, calentar bolsas de gel o de suero en el microondas, vigilar que la bañera se llenaba hasta un volumen determinado, etc. En relación con las mujeres, hubo ciertos momentos en los que, si la comadrona estaba fuera unos minutos, y la pareja tenía que salir por algún motivo, me pedían, por ejemplo, que les mantuviera la bolsa de gel caliente en la zona lumbar, que las ayudara a llegar al lavabo, que les echara chorros de agua en la espalda cuando estaban dentro de la bañera, que les secara un poco el sudor de la frente e incluso que les recogiera el cabello en moños, coletas o incluso trenzas. Pese a que a algunas comadronas les preocupaba que ver a una mujer en un avanzado estadio del trabajo de parto me pudiera asustar, sobre todo por los gemidos o los gritos, no fue nunca así, y los momentos de acompañamiento silencioso a las mujeres los vivía más bien como un delicioso regalo que como un problema. Durante aquellos largos ratos de trabajo de parto, posturas, gemidos y mucho calor, era bastante habitual que en el núcleo de la atmósfera se diera un diálogo silencioso de miradas. A menudo, probablemente por el hecho de mi papel como observadora implicaba para mí cierta quietud, y en contraste con el movimiento tranquilo, pero existente, de las comadronas y las auxiliares, los informantes encontraban en mi figura un punto de anclaje, como así me lo fueron explicando algún tiempo después.

Cuando el nacimiento finalmente se producía, al principio intentaba salir de la sala tras unos minutos para dejar que la pareja y el bebé tuvieran su encuentro. Me fue sucediendo, con el paso de las semanas, que las propias mujeres me decían que me acercara a conocer al bebé, y aunque siempre me aseguraba con un gesto o pocas palabras de que en aquel momento no tenían que preocuparse por mí, solían insistir y me acercaba unos instantes a compartir con ellos la bienvenida. Después, salía de la sala hasta por lo menos una hora más tarde, pues sabía que para ellos era importante aquella primera hora de vida, aunque la mayoría de las veces nos volvíamos a encontrar fuera, en el pasillo de la zona de

dilatación, cuando la madre y el bebé ya eran trasladados por el celador hasta la habitación. En los días posteriores, mantenía contactos puntuales con las parejas a través de aplicaciones telefónicas de mensajería instantánea, algo que aportaba la posibilidad de continuar el seguimiento. En varias ocasiones, y siempre bajo invitación previa por su parte, una vez habían pasado 24 horas del nacimiento, subía a hacerles una breve visita a las habitaciones de planta.

Fue precisamente en una de las primeras visitas de este tipo que efectuamos conjuntamente la comadrona que un par de días antes había atendido el parto y yo, cuando al entrar en la habitación y saludar, la madre nos presentó a los familiares presentes como las que habíamos hecho posible el parto. Ante las felicitaciones de la familia, dije que el mérito era todo de la comadrona, pues ella era la especialista, y que al ser yo antropóloga me había limitado a observar. De repente, sin embargo, aquella madre dijo que ella no lo había vivido así, que mi presencia, regular durante todas las horas que duró el trabajo de parto, había sido un elemento de acompañamiento, y que por eso pensaba que la había ayudado tanto como la comadrona. Aunque llevaba muchos años analizando la cuestión del acompañamiento en los relatos de las mujeres, creo firmemente que en aquella ocasión comprendí con creces por primera vez la dimensión de lo que significaba para ellas.

Cuando las parejas y el bebé abandonaban el hospital para volver a sus casas, sabíamos por ambas partes que quedaba pendiente una última entrevista de seguimiento en que les pediría que me relataran el parto como si yo nunca hubiera estado allí. En las investigaciones semejantes que he podido ir conociendo, el tratamiento de la entrevista posterior al parto se establece según diversos criterios. Algunos investigadores optan por llevarla a término tan solo unas horas después de que haya tenido el nacimiento porque apuntan a que es posible recopilar una narración menos elaborada, y más fresca, del acontecimiento. Si bien esto es indudable, en este caso particular opté por que las entrevistas tuvieran lugar, al menos, dos meses después del nacimiento, o cuando los padres lo estipularan, en un intento, una vez más, de adaptarme a lo que para los informantes era esencial, como en este caso lo era el poder hacer una recuperación completa del parto, evitar los aluviones de visitas y buscar formas alternativas de gestionarlas y, sobre todo, poder pasar un tiempo tranquilo en familia, un asunto justificado por el hecho de que el primer mes de vida era percibido como especialmente intenso. Durante aquel lapso hasta que tenía lugar la entrevista, no obstante, el contacto se seguía manteniendo por vía telefónica o por correo electrónico. De hecho, como habrá podido imaginar quien lee estas líneas, a estas alturas, la relación etnográfica mantenida con las parejas en las que estuve presente durante el nacimiento de sus hijos ha ido teniendo hasta el momento una cercanía marcadamente singular.

Prácticamente la mitad de las entrevistas posteriores pudieron materializarse durante el transcurso de la etapa de trabajo de campo en la sala de partos. Sucedió que, en este punto de la investigación, las parejas pedían poder hacer la entrevista de forma conjunta, algo que se había dado escasas veces hasta el momento. A pesar de que no estaba así contemplado, puesto que no implicaba mayores problemáticas, accedí a proceder de esta forma. Las entrevistas se dieron siempre en el domicilio de las parejas.

En el transcurso final del periodo de trabajo de campo en La Maternitat, efectué unas pocas observaciones de cesáreas, desde dentro de quirófano, y haciendo un tratamiento de seguimiento directo, es decir, tras haber pedido el consentimiento informado de las madres embarazadas y de sus acompañantes. A pesar de que estos casos no podían incluirse como tal en la investigación porque se trataba de casos de gestantes que no eran de bajo riesgo, y

ese era uno de los criterios de inclusión, fue muy revelador, de cara al personal de la sala de partos de La Maternitat, que solo después de haber observado cesáreas, consideraran que «ahora ya eres una de las nuestras». También realicé observaciones focalizadas en las operaciones intrauterinas que el equipo del Dr. Eduard Gratós llevaba a cabo en aquellas mismas instalaciones; un tipo de operaciones conocidas a nivel mundial que, por casualidad, aparecieron colateralmente en la investigación etnográfica. Durante aquel periodo, también registré, mediante seguimiento indirecto, una muerte gestacional 39 semanas, que supuso, sin margen a dudas, uno de los retos más grandes a los que tuve que enfrentarme como etnógrafa durante los siete años que ha durado la investigación. Un aspecto que tuvo a bien retratar Lina Masana (2016) en su sentido artículo «L'antropòloga està de dol: la mort dels participants de la nostra recerca».

El trabajo etnográfico en la sala de partos llegó a su fin el 1 de agosto del 2015. Entre septiembre de aquel mismo año y mayo del 2016, se llevaron a cabo el resto de las entrevistas de las parejas a las que se les había hecho un seguimiento en La Maternitat, así como las entrevistas pendientes al personal del hospital, todas ellas sujetas a un documento de consentimiento informado individual, firmado por ellos y por mí, y registradas mediante una grabadora de voz.

Es importante subrayar que, durante todo el desarrollo de la investigación, los participantes fueron puntualmente informados cada vez que se llevó a término una comunicación en un evento científico y, sobre todo, cada vez que se publicaban los distintos artículos, con el objetivo de que pudieran tener acceso directo a los resultados. Tales notificaciones tuvieron lugar mediante mensajería instantánea telefónica, por vía de correo electrónico o a través de Facebook. Fue un acierto metodológico gestionarlo de este modo porque permitió que, en algunas situaciones, se pudiera llevar a cabo un intercambio de impresiones con los informantes, que eran muy útiles para establecer matices o detallar mejor algunas cuestiones.

A modo de síntesis, durante toda la investigación doctoral, además de todas las horas de observación participante y las entrevistas informales surgidas durante la observación, prácticamente imposibles de contabilizar, se realizaron 16 seguimientos, 21 entrevistas abiertas a madres informantes y activistas, 8 entrevistas abiertas a padres informantes y 13 entrevistas a profesionales de la salud, de las cuales eran 7 comadronas o LLIRs, 1 ginecóloga, 1 auxiliar de enfermera, 1 pediatra y 1 doula y asesora de lactancia. La distribución de los seguimientos y las entrevistas son las siguientes:

SEGÚN DATOS GENERALES	
Seguimientos	16 (6 Marenostrum + 4 externos+ 6 Maternitat)
Entrevistas abiertas madres	21
Entrevistas abiertas padres	8
Entrevistas semiestructuradas a profesionales	11

Tabla 1. Datos etnográficos generales. Elaboración propia.

MADRES Y PADRES SEGÚN ESCENARIO ETNOGRÁFICO	
Entrevistas parejas CSF Marenostrum	7 (6 madres + 1 padre)
Entrevistas parejas que dieron a luz en otros centros (hospitales o casas de nacimientos)	5 (4 madres + 1 padre)
Entrevistas parejas La Maternitat	6 dobles (6 madres + 6 padres)

Tabla 2. Distribución de entrevistas madres y padres. Elaboración propia.

PROFESIONALES SEGÚN ESCENARIO ETNOGRÁFICO	
Entrevistas personal CSF Marenostrum	2 (2 comadronas)
Entrevistas profesionales otros centros	4 (2 comadronas, 1 pediatra, 1 doula/asesora lactancia)
Entrevistas personal La Maternitat	7 (5 comadronas, 1 aux. enferma, 1 enfermera)

Tabla 3. Distribución de entrevistas profesionales de la salud. Elaboración propia.

La intervención imprevista y el encuentro con la aplicabilidad

Desarrollar un plan de intervención con el propósito de dar a los datos etnográficos una aplicabilidad en el propio campo no estaba contemplado como objetivo de la investigación. Durante la etapa de trabajo de campo con las familias informantes y los colectivos activistas, siendo testimonio repetidamente del conjunto de tensiones que se daban, sobre todo, entre las madres, las asociaciones de usuarias y los profesionales de los servicios de salud, empezó a gestarse en el horizonte la idea de que, una vez analizados los datos etnográficos, sería oportuno elaborar un plan, no exactamente de intervención como más bien de mediación entre los distintos agentes, para que pudiera darse un diálogo más fluido, y en mejores condiciones, entre las partes. Aquella idea, no obstante, se archivó junto a otras en la carpeta de futuros usos de la investigación etnográfica.

El trabajo de campo etnográfico en la sala de partos de La Maternitat, cambió inesperadamente la perspectiva tomada sobre esta cuestión a raíz de un acontecimiento imprevisto que tuvo lugar durante la fase de adaptación al terreno. Estando a punto de cumplirse el primer mes desde que comenzara el trabajo de campo, me encontraba efectuando observaciones frente a la zona de dilatación, que básicamente se compone de un pasillo distribuidor de unos veinte metros aproximadamente, desde el cual se distribuyen cuatro salas de dilatación, la pequeña enfermería y el cuarto de la ducha. El personal de la sala de partos tenía designada para cada una de las salas de dilatación un número. De repente, apareció una comadrona dirigiendo a un hombre desde la sala de espera hasta la zona de dilatación para que pudiera encontrarse con su mujer, que se encontraba dentro. En el momento en que llegaron al punto donde me encontraba, frente al pasillo, desde el área de la EUCOI, una auxiliar de enfermera llamó a la comadrona que acompañaba al padre para que acudiera lo más rápido posible. Ante la petición, y para no demorarse, la comadrona indicó al hombre «Tu mujer está en la tres» y se fue. El hombre, visiblemente confuso por el hecho de que las puertas no tuvieran números, no tuvo más remedio que

abrir una por una todas las puertas hasta que encontró a su mujer, que estaba en la penúltima. Desafortunadamente, en aquel momento todas las salas de dilatación se encontraban ocupadas e, incluso, en una de ellas había un caso de *exitus*, es decir, una mujer que se encontraba recuperándose de un aborto espontáneo de 21 semanas de gestación (más de la mitad de un embarazo). La acción de aquel habitante inexperto de la sala de partos, involuntariamente, implicó que todas las mujeres de las habitaciones fueran incomodadas. Teniendo en cuenta, además, que la disposición del mobiliario de todas las salas tiene situada la cama de frente a la entrada de la estancia, y añadiéndose además que en muchas ocasiones las gestantes llevan poca ropa o están desnudas durante el trabajo de campo, era fácil prever que su intimidad se había visto comprometida.

Unos días más tarde, cuando recién había llegado a la sala de partos y salía del vestuario, me crucé con Ángela Arranz, la supervisora, quien se interesó por cómo estaba llevando las primeras semanas de trabajo etnográfico. De forma espontánea, le expliqué el episodio que había observado y, sin demasiadas pretensiones, le sugerí que quizás podía ser conveniente colocar los números correspondientes de cada sala para evitar confusiones en los usuarios de la sala de partos, por lo general, nada familiarizados con aquel espacio. Ángela me miró con un gesto que perceptiblemente era de extrema preocupación y me pidió que la acompañara a su despacho. Allí, en seguida se puso en contacto con el departamento de mantenimiento y encargó, con urgencia, números y carteles para la zona de dilatación. Una semana más tarde, vino a mi encuentro acompañada del arquitecto del hospital, e intercambiamos brevemente impresiones sobre en qué lugar exacto de las puertas debían colocarse los números. Tres semanas después, los números y resto de indicaciones se habían instalado en las distintas puertas. Fue interesante comprobar que el personal de la sala de partos a penas se fijó en el cambio, excepto cuando les pregunté explícitamente por ello.

De modo imprevisto, y sorprendentemente rápido, se había llevado a cabo una intervención en el campo, a pesar de que no había sido intencionalmente. Aquel hecho me llevó a reflexionar, por una parte, que si probablemente no pude pronosticar las consecuencias de aquella charla informal con la supervisora era porque, demasiado acostumbrados a que nuestro trabajo sea visto como secundario o auxiliar, y lo mucho que a veces tenemos que luchar para hacer oír nuestra voz, los antropólogos solemos colocarnos en un punto de partida en el que damos por sentado que costará ser escuchados o tomados en serio. Por otra parte, me hizo tomar la determinación de que si, por suerte, me encontraba en un contexto en el que el análisis de las observaciones era valorado, y si eso podía contribuir a mejorar la vivencia de las usuarias en aquel espacio, debía ser de algún modo aprovechado. En lo sucesivo, el registro de situaciones semejantes a la que ha sido expuesta llevó acordar con el equipo de supervisión de la sala de partos que, tras la publicación de la tesis, y una vez analizados los datos etnográficos, se entregaría al hospital un informe que integrara sugerencias de mejora derivadas de las observaciones. A partir de aquel momento, asimismo, comencé a meditar críticamente sobre en qué y cómo podía la antropología ser un recurso activo en la mejora de la atención de las salas de parto, tomando en cuenta, además, el creciente interés de las Ciencias de la Salud por los estudios de carácter cualitativo. Por estos motivos, las conclusiones surgidas de esta reflexión y a raíz de mi experiencia etnográfica, se han incluido en el capítulo etnográfico dedicado al estudio de caso de La Maternitat.

También aparecieron durante el trabajo de campo otros contextos en que intervenciones específicas tomaron sentido. Por ejemplo, en algunas situaciones en las que

la relación asistencial y la comunicación entre el personal sanitario y la mujer embarazada y sus familiares, sobre todo cuando se trataba de inmigrantes procedentes de Paquistán, China, el Magreb o bien países de Sud América, sobre todo del norte y centro del continente, generaba situaciones de tensión problemáticas. En ciertas ocasiones, procedí a intervenir con el objetivo de mediar, poniendo a disposición del personal sanitario toda una serie de información en clave cultural para que pudieran tener herramientas para comprender y gestionar mejor aquel tipo de situaciones. Conviene señalar que, sin ser en mi caso experta en mediación intercultural, la mayor parte de veces el personal agradeció contar con aquellos conocimientos para poder tomar los casos con mayor empatía, si bien es cierto también que en otros casos no funcionó.

La actitud de escucha, diálogo y cooperación que se mostraba desde el equipo de supervisión, asimismo, también contribuyó a que, en ciertas situaciones específicas en las que se hizo evidente que la asistencia de un parto no se estaba llevando a cabo en unas condiciones de respeto o de normalidad adecuadas, pudiera poner los hechos en su conocimiento para que fueran valorados. De igual modo, pude transmitirles varias inquietudes que me suscitaban algunas prácticas o contextos que fui registrando, y que me constaba con certeza que no eran bien recibidas por los colectivos de madres partidarias de un parto y un nacimiento digno.

2.2.5 Inventario de datos etnográficos

Cuadro-síntesis: fases, escenarios etnográficos y técnicas de recogida de datos

	AÑO / PERIODO	LOCALIZACIÓN Y CONTEXTO	TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS
CRONOLOGÍA DEL TREBAJO DE CAMPO ETNOGRÁFICO 2009 - 2016	noviembre 2009 - enero 2010	CSF MARENOSTRUM Programa de preparación al parto. [Asignatura de máster 'Prácticas de campo I']	» Observación participante » Seguimientos espontáneos, no planificados (2)
	abril - junio 2011	CSF MARENOSTRUM Programa de preparación al parto Curso y visitas. [Tesina de máster]	» Observación participante » Seguimientos de casos particulares (4)
	noviembre 2012 -febrero 2013	ÁMBITO DOMÉSTICO Casas particulares de informantes vinculadas a CSF Marenostrum. [Inicio investigación doctoral]	» Entrevistas abiertas (7) » Entrevistas comadronas Marenostrum (2)
	marzo 2013	MARE MEVA Curso preparto «Parir en pareja»	» Observación participante
	septiembre 2013 - enero 2014	ÁMBITO DOMÉSTICO Casas particulares de informantes MÚLTIPLES ESCENARIOS COTIDIANOS Grupos de apoyo al posparto, a la lactancia materna, grupos de crianza y reuniones informales de madres en cafeterías y parques	» Observación participante » Entrevistas semiestructuradas y abiertas (5) y recopilación intensiva de relatos escritos de partos » Seguimientos (3)
	enero - junio 2014	ÁMBITO DOMÉSTICO Casas particulares de informantes MÚLTIPLES ESCENARIOS Grupos de apoyo, encuentros de asociaciones, centros cívicos, cines	» Observación participante » Entrevistas abiertas violencia obstétrica y activistas (5) » Discusiones grupales (2) » Observación en redes sociales
	septiembre - diciembre 2014	EVENTOS MÉDICOS Jornadas, seminarios, congresos	» Observación participante » Entrevistas semiestructuradas (4)
	noviembre 2014 -agosto 2015	LA MATERNITAT (HOSPITAL CLÍNIC) Sala de partos, sala de espera, recepción y habitaciones de planta	» Observación participante » Seguimientos (6)

		ÁMBITO DOMÉSTICO Casas particulares de las informantes usuarias o empleados de La Maternitat	» Fichas de observación (8[14]) » Entrevistas abiertas familias usuarias (dobles) (2) » Entrevistas semiestructuradas personal Maternitat (1)
	septiembre 2015 - mayo 2016	ÁMBITO DOMÉSTICO Casas particulares de las informantes usuarias o empleados de La Maternitat	» Entrevistas abiertas familias usuarias (dobles) (4) » Entrevistas semiestructuradas personal Maternitat (6)

Tabla 4. Síntesis de las fases del trabajo de campo. Elaboración propia.

Características sociodemográficas de las mujeres informantes[15]

I. Mujeres del Centro de Salud Familiar Marenostrum (6 seguimientos)

Las mujeres del trabajo de campo del Centro de Salud Marenostrum tenían entre 34 y 45 años. La gran mayoría de ellas, cinco de seis, era de origen catalán, existiendo en minoría una mujer inmigrante procedentes de Europa, concretamente de Reino Unido, que se había trasladado hasta Barcelona por razones profesionales de su pareja. Todas ellas residían en Barcelona, concretamente, en los barrios del Gòtic, Eixample Esquerre, Eixample Dret y Gràcia. Tenían, además, un nivel de estudios superior, siendo cinco de ellas tituladas universitarias y una con titulación en Formación Profesional Superior. Pertenecían a ámbitos laborales múltiples y entre ellas podían encontrarse veterinarias, diseñadoras gráficas, maestras o educadoras, coordinadoras de proyectos de desarrollo en oenegés e ingenieras, cinco de las cuales se encontraban en situación laboral activa, y encontrándose únicamente una de ellas en situación de excedencia. Aunque el catalán y el castellano eran las lenguas maternas de la mayor parte de ellas, también podían leer, escribir y hablar en inglés. Todas eran heterosexuales, con pareja estable monógama y su estado civil era casadas, la gran mayoría en primeras nupcias, y únicamente sólo en un caso en segundas nupcias (sin descendencia del primer matrimonio). La mayor parte de mujeres informantes del Centro Familiar Marenostrum eran primíparas al iniciarse el contacto con ellas, siendo únicamente una informante la que esperaba su segundo hijo. Cinco de seis, al terminar los seguimientos,

[14] La diferencia de número entre los seguimientos realizados en La Maternitat y las fichas de observación se explican porque en las fichas están incluidas las observaciones de dos cesáreas que, por ser de gestantes de alto riesgo, no concuerdan con los criterios de inclusión, motivo por el cual se les ha dado un tratamiento secundario y/o auxiliar.

[15] Las especificaciones e implicaciones de los perfiles sociodemográficos de estas mujeres informantes fueron el núcleo de la comunicación que se presentó en el V Congreso Internacional de Antropología AIBR celebrado en la Universidad Autónoma de Madrid, entre el 9 y el 12 de julio de 2019, y que llevó por título "¿Hippies, alternativas y antisistema? Una crítica a los estereotipos de mujeres que optan por un parto activo a través de sus itinerarios terapéuticos".

tendrían dos hijos. Del total de seis, dos escogieron dar a luz en hospital público, una en clínica privada y tres optaron por el parto en casa.

II. Mujeres de La Maternitat (6 seguimientos)

Las mujeres a quienes se realizó seguimiento desde el trabajo de campo etnográfico en La Maternitat tenían entre 25 y 41 años. Una de ellas procedía de los Países Bajos, mientras que las otras seis eran de origen catalán. Todas residían en Barcelona, concretamente en los barrios de Les Corts, Sants, Eixample Esquerre, Gràcia y El Clot. Cuatro de ellas contaban con estudios universitarios y dos con titulaciones de Formación Profesional y entre ellas había fisioterapeutas, bibliotecarias, pediatras, abogadas, ilustradoras y maestras. Antes de sus respectivas bajas en distintos momentos del segundo o tercer trimestre, todas se encontraban en situación laboral activa. El catalán y el castellano eran sus lenguas maternas, excepto el holandés en el caso de la mujer informante procedente de los Países Bajos, y la mayoría tenía un nivel básico en lengua inglesa. Todas eran heterosexuales, siendo cinco de ellas quienes se encontraban en una relación estable monógama (tres casadas en primeras nupcias, dos no, pero siendo pareja de hecho) frente a un único caso que fue madre soltera por elección. En dos de los casos la concepción se había dado mediante reproducción asistida: una por inseminación artificial y otra por fecundación in vitro. Las seis mujeres se habían decantado por el parto hospitalario en La Maternitat, si bien es reseñable que en uno de los casos fue por haber tenido que renunciar a un parto en casa por no poder asumir el coste económico.

III. Mujeres que dieron a luz en otros centros (4 seguimientos)

El resto de las mujeres a quienes se realizó seguimiento de forma independiente tenían entre 33 y 39 años. De un total de cuatro, tres de ellas tenía procedencia catalana y únicamente había un caso de una mujer inmigrante procedente de Estados Unidos. Todas ellas residían en Barcelona, específicamente en el barrio de Gràcia, el Eixample Esquerre, Vallvidrera y Nou Barris. Las cuatro mujeres, además, contaban con estudios universitarios y sus profesiones eran supervisora de aplicaciones y proyectos multimedia, empresaria, traductora e intérprete y pediatra; todas ellas se encontraban en situación activa en el mercado laboral excepto en un caso. Para cuatro de ellas, sus lenguas maternas eran el catalán y el castellano, mientras que para la mujer estadounidense lo era el inglés; las otras cuatro manejaban, no obstante, un nivel de inglés entre básico y superior. Entre ellas, podían encontrarse tres mujeres heterosexuales y una mujer lesbiana, todas emparejadas en relación monógama, siendo cuatro las que presentaban el estado civil de casadas. En el caso de la mujer lesbiana la concepción se había dado por inseminación artificial con donante anónimo. Tres de ellas optaron por dar a luz en el ámbito hospitalario (tres en hospitales públicos y uno en clínica privada de Barcelona) frente a una que eligió el parto en casa.

Además de los perfiles sociodemográficos descritos, se detectaron dos elementos clave que se encontraban transversalmente presente en prácticamente la totalidad de las mujeres informantes. Por un lado, el hecho de

que la alimentación fuera un interés y una preocupación común, que se materializaba en una inclinación explícita por consumir productos de proximidad, de temporada, ecológicos en la medida de lo posible o, como mínimo, con la menor cantidad de tóxicos posibles y en que entre ellas había un número significativo de vegetarianas, veganas o seguidoras de la dieta cetogénica (popularmente conocida como «dieta keto»). Por el otro, la cuestión de que la gran mayoría de estas mujeres compartían aficiones donde el cuerpo era un elemento central como, por ejemplo, distintas modalidades de danza, diferentes deportes o el yoga.

Materiales de investigación e instrumentos

MATERIALES DE INVESTIGACIÓN	INSTRUMENTOS
» Protocolos y guías de procedimiento clínico (selección) » Relatos de partos (escritos por las informantes) » Planes de parto de las informantes » Historias clínicas (cedidas por las informantes) » Noticias de prensa » Trípticos informativos de clínicas, centros de salud y hospitales » Documentales, cortos cinematográficos, películas, vídeos de partos, canciones, fotografías y proyectos artísticos » Fotografías etnográficas (escenarios) y algunas cedidas por informantes	» Diarios de campo (analógico y digital) » Grabadora de voz » Disco duro de almacenamiento externo » Ordenador » Cámara de fotos

Tabla 5. Recopilación de materiales de investigación e instrumentos. Elaboración propia.

Limitaciones de la muestra

La muestra final de participantes en la investigación puede considerarse bastante representativa del peso que cada uno de los agentes activa con relación a la humanización del parto y el nacimiento. A pesar de ello, hubiera sido idóneo poder realizar más entrevistas semiestructuradas tanto a padres como a profesionales de la salud. En lo que respecta específicamente a las madres y los padres participantes, cabe explicitar que, si bien se llevaron a cabo muchas entrevistas, no se pudieron realizar todas. La mayoría de las veces, ocurrió por limitaciones de tiempo y, solo en unos pocos casos, algunos informantes dejaron de ser participantes como tal por causas mayores o porque se trasladaron a vivir fuera de Cataluña.

En referencia, en concreto, a los profesionales, cabe hacer especial mención al hecho de que ningún ginecólogo haya sido entrevistado, si bien es cierto que su figura y la de los residentes está presente en las observaciones efectuadas y, por tanto, en su correspondiente registro en los diarios de campo. Por un lado, el hecho de que una mayoría considerable de las madres informantes no identificaran a los ginecólogos como los profesionales expertos

en la atención del parto fisiológico, hizo que en el momento de buscar profesionales a los que entrevistar, la indagación se orientara principalmente hacia las comadronas. Por el otro, como se ha mencionado anteriormente, durante el periodo de trabajo en la sala de partos de La Maternitat, momento en que los ginecólogos y residentes empezaron a aparecer de forma más directa en la investigación etnográfica, el hecho de que no estuvieran de forma fija en la zona de dilatación supuso dificultades para conseguir instaurar con ellos relaciones etnográficas. Probablemente, si la etapa de trabajo etnográfico en La Maternitat hubiera podido ampliarse más esto hubiera acabado por ser posible. Sea como sea, no obstante, en el futuro sería necesario resolver este aspecto problemático de la investigación, y ampliar la muestra no solo con entrevistas a ginecólogos, sino con otras a más enfermeras, pediatras, auxiliares de enfermería, así como personal de limpieza y celadores de las salas de partos.

2.2.6 El análisis de datos. De los itinerarios terapéuticos al desarrollo de las cronografías del proceso procreativo [2012-2016]

Los itinerarios terapéuticos

Durante el segundo año de máster, que correspondía a la elaboración de mi tesina, pude asistir como oyente a algunas clases de Irina Casado de la asignatura «Antropologia de la Salut», en el marco del programa de estudios de la carrera (licenciatura/grado) de Antropología sociocultural de la UAB. En el programa de la asignatura, y a modo de ejercicio, Irina Casado enseñaba a los estudiantes una propuesta teórica y metodológica (Casado Aijón, 2015)de análisis de datos etnográficos que había diseñado en el desarrollo de su propia investigación doctoral sobre salud y parentesco entre los imazighen rifeños de Catalunya: los *itinerarios terapéuticos*. A la autora, la necesidad de crear los itinerarios terapéuticos le había surgido a raíz de querer entender las razones por las que sus informantes hacían elecciones ante diversos sistemas de salud, por qué se decantaban por unas terapias y no otras y, sobre todo, para comprender qué significaba para ellos la salud. Por eso, los itinerarios terapéuticos pueden ser comprendidos como un sistema de recolección, sistematización y análisis de datos etnográficos que:

> «se configura por todas las decisiones —conscientes o no, y que conducen a una práctica teniendo en cuenta que el «no hacer» también es hacer— y el marco de representación, percepción y conceptualización que les supone el contexto sociocultural, que una persona o grupo toman ante lo que se percibe como un problema de salud y que necesita de intervención o de atención especializada (personal sanitario biomédico y/u otros terapeutas o cualquier otra persona especialista o no que sea considerada capacitada para aliviar o resolver esos problemas) o no especializada.» (Casado Aijón, 2016, pp. 8-9)

La propuesta me interesó por distintos aspectos. Por un lado, porque la autora había utilizado los itinerarios terapéuticos para analizar procesos procreativos a pesar de no ser entendidos, en principio, en término de una patología, pero que el mismo tiempo necesitaban de atención especializada, y ello era muy útil de cara a analizar algunos casos particulares que estaba registrando en el CSF Marenostrum. Por otra parte, por la doble posibilidad de elaborar *itinerarios reconstruidos*, que Casado identifica con aquellos que ya habían empezado antes de su trabajo de campo, al mismo tiempo que podía hacer uso de

los *itinerarios elaborados*, que según la autora son aquellos en los que el etnógrafo es testimonio durante el trabajo de campo.

En el proceso de análisis de datos durante la elaboración de la tesina, elaboré algunos itinerarios terapéuticos simplificados que me ayudaron a vislumbrar por qué y cómo la mayoría de madres informantes del CSF Marenostrum hacían usos simultáneos de controles en la seguridad social y en la seguridad privada, y por qué y cuándo combinaban la biomedicina con otros sistemas de terapias complementarias o alternativas, además de entender qué elementos relacionados con la salud buscaban en cada uno de los sistemas, contextos y terapias. Asimismo, los itinerarios fueron considerablemente operativos para poder profundizar etnográficamente en la noción de salud que tenían, por un lado, las profesionales del centro de salud y, por el otro, las madres y sus parejas.

El desarrollo de las cronografías del proceso procreativo

Durante el transcurso del primer curso de doctorado, coincidiendo con los primeros pasos del nuevo proyecto del getp-GRAFO, y con el designio de explorar las posibilidades de la intersección entre parentesco y salud, Virginia Fons creó en 2012 el Seminario permanente sobre Cuerpo, Salud Procreativa y Parentalidad, un espacio pensado para poner en común y contrastar los diversos estudios etnográficos que en el seno del proyecto trabajaban con procesos procreativos de distintas poblaciones. Así, este marco de debate empezó su andadura contando con las investigaciones de la propia Virginia Fons sobre el proceso procreativo de los ndowe en Guinea Ecuatorial y en Catalunya, con la investigación doctoral de Meritxell Sáez sobre patrones de procreación de los rrom en Rumanía y Catalunya, y mi propia investigación doctoral. A lo largo de las primeras sesiones del seminario, y tras haber debatido los tres casos etnográficos con detalle, habíamos llegado a la determinación de que precisábamos de una herramienta que, rompiendo con la dinámica que se había generado en los estudios etnográficos sobre procreación, en que la atención se concentraba visiblemente en el parto, pusiera el acento en el carácter procesual de la procreación. Virginia Fons había diseñado un primer esbozo de cómo podía ser aquella herramienta y, pese a encontrarse en una fase todavía embrionaria[16], la presentamos ante nuestros compañeros del getp-GRAFO y el GIAS durante el primer encuentro de trabajo para el proyecto coordinado, en diciembre del 2012, mostrando cómo se adaptaba al caso de las mujeres ndowe y al caso de las mujeres del CSF Marenostrum. Ponerla a disposición de nuestros compañeros de proyecto permitió incorporar algunas contribuciones especialmente interesantes en cuanto a su denominación. Por ejemplo, inicialmente, en el contexto del seminario debatimos sobre si aquella técnica bosquejada debía ser considerada como una cronología o un cronograma del proceso procreativo. Pero a raíz de aquella puesta en común, Aurora González y Paloma Fernández nos convencieron de la idoneidad de denominarlas *cronografías del proceso procreativo.* A partir de aquel momento, al grupo de trabajo sobre las cronografías se integró Elixabete Imaz con el caso de cómo es construido el proceso procreativo, sobre todo en la fase de concepción, en las parejas de mujeres lesbianas que recurren a técnicas de fertilidad asistida. Un año más tarde, se incorporaría también Irina Casado, con su investigación etnográfica sobre

[16] Una propuesta de esta perspectiva procesual fue publicada ya en Fons, V., «Algunas consideraciones teóricas a propósito de la concepción de la salud procreativa de las mujeres ndowe de Guinea Ecuatorial», en Fernández Juárez (2008) *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*, Ediciones Abya-Yala, pp. 213-222.

imazighen rifeños en Catalunya y también con sus itinerarios terapéuticos, algunos de los elementos de los cuales también se tuvieron en cuenta en la elaboración de las cronografías.

Con el transcurso de los años sucesivos, Virginia Fons fue definiendo más detalladamente las cronografías como herramienta analítica, poniendo a prueba sus posibilidades a través de la adaptación que de ellas íbamos elaborando el grupo de etnógrafas según cada una de nuestras respectivas investigaciones. En aquel proceso de mayor concreción y mejora continuó siendo fundamental contar con el punto de vista de nuestros compañeros de proyecto coordinado, motivo por el cual se fueron presentando los avances realizados en las reuniones anuales que se celebraron el 2013, el 2014 y el 2015. Dada la sincronía temporal en que se desarrollaron las cronografías del proceso procreativo y mi investigación doctoral, y por el hecho de que ha resultado ser una herramienta cada vez más eficaz para la sistematización y análisis de los datos etnográficos, puede concebirse como la metodología principal que se ha empleado para estudiar la información etnográfica recopilada.

Las cronografías del proceso procreativo deben ser entendidas, por todo lo anterior, como una técnica de análisis etnográfico particularmente pensada para examinar en detalle la etapa procreativa, especialmente caracterizada por la dependencia del bebé y la disposición de elementos por parte de sus familiares —en principio— para asegurar su supervivencia, así como para revisar aspectos generales de la reproducción humana. Ha sido elaborada con el propósito de detectar los principios ontológicos que subyacen de fondo en los procesos reproductivos humanos y, sobre todo, tiene especial interés por captar los principios nucleares que determinan todo el proceso procreativo y ver de qué modo éstos se van modificando a lo largo de la secuencia, vinculándolo todo a la dimensión de la experiencia, que va tomando elementos diferentes según las fases del proceso. Puesto que es una metodología nacida a colación de la intersección dada entre el dominio del parentesco y la salud en Antropología, resulta particularmente reveladora sobre cuestiones relativas a la formación de la persona, el establecimiento de los vínculos parentales y los cuidados del hijo durante el periodo inicial de su vida.

Existen dos tipologías de cronologías que, pese a que trabajan niveles etnográficos distintos, son complementarias. Por un lado, la *cronografía individual* se construye a partir de un relato o fragmento biográfico de una mujer que narra su propia secuencia procreativa, desde la concepción —a veces incluso antes, en los preparativos de esta— hasta el periodo del posparto (si bien es cierto que cada antropólogo puede establecer el final de acuerdo con el caso etnográfico en el que trabaje). Este tipo de cronología permite hacer un inventario de todos los elementos que se activan en relación con el proceso, y que pueden ir desde acciones, normas, toma de decisiones, prohibiciones, representaciones, celebraciones y rituales hasta imaginarios, discursos o creencias, y el nivel de experiencia con el que se vincula cada uno de estos aspectos (Lázare & Fons Renaudon, 2016).

Por el otro, la *cronografía general* integra el análisis de datos etnográficos sobre el periodo procreativo de un grupo o una población, y es el resultado de la suma de numerosas cronografías individuales. Su objetivo específico es el de contrastar la información etnográfica que, sin ánimo de homogeneizar, pretende poner de manifiesto tendencias y variables internas. Asimismo, posibilitan analizar el contenido de la propia estructura procreativa y establecer correlaciones sugerentes, a nivel procesual, de todos los elementos que entran en juego en cada etapa significativa en la que se va microfragmentando la cronografía. Debe tomarse en cuenta, por tanto, que:

> «La *cronografía general* no trata de listar simplemente todo lo que acontece a lo largo del proceso, sino favorecer el análisis para acabar de entender que bajo la aparente simplicidad de una suma de ideas y de prácticas existe toda una articulación de sentido: emergiendo ideas estructurales, alrededor de las cuales suelen girar conceptualizaciones, experiencias, acciones, etc. En realidad, estas nociones abstractas vertebran el nivel de la experiencia procreativa: polarizan mucho significado y ámbitos de experiencia y estructuran gran parte del contenido en cada momento del proceso.» (Lázare & Fons Renaudon, 2016, p. 24)

Es decir, las cronografías deben permitir poner de relieve de qué manera los elementos nucleares de un sistema se constituyen formando agrupaciones que, al final, constituyen *unidades de sentido*, puesto que concentran los elementos centrales del modo en que es concebida la procreación por un grupo social determinado.

Nótese cómo en la propia creación de las cronografías está incorporada la necesidad de emplear técnicas clásicas de análisis de datos etnográficas, como el análisis del discurso y del contenido, la triangulación de materiales de investigación, etc.

3. GENEALOGÍA HISTÓRICA DEL MOVIMIENTO POR UN PARTO Y UN NACIMIENTO DIGNO

La germinación y primera fase de desarrollo del Movimiento un Parto y Nacimiento Digno se sitúan a lo largo de la segunda mitad del siglo XX. No obstante, su configuración como movimiento sociocultural se ha prolongado hasta los inicios del siglo XXI, al que ha llegado todavía pensándose, construyéndose y definiéndose a sí mismo. Nos encontramos ante un fenómeno considerablemente joven que, sin embargo, cuenta con un recorrido lo suficientemente extenso como para que sea preciso examinar su evolución. Este capítulo responde, por eso, a un doble propósito. En primer lugar, tiene el designio de elaborar un trazado de la evolución histórica del movimiento. A pesar de la existencia de literatura científica que trata la historia del embarazo, el parto, el puerperio y la crianza en grupos humanos de distintos países, regiones o continentes encontrar bibliografía específica sobre la trayectoria histórica del Movimiento un Parto y Nacimiento Digno resulta problemático. Los datos se encuentran fragmentados y diseminados en multitud de libros, monográficos, manuales y artículos de disciplinas diferentes, pero sin que exista una versión consensuada y/o formal que los aglutine y los presente ordenada y cronológicamente. En la medida en que concierne a los historiadores realizar esta labor, el capítulo debe ser tomado como una propuesta de reconstrucción histórica que pueda servir como punto de partida y motivación para la creación de nuevas publicaciones historiográficas especializadas en esta materia. En segundo lugar, el capítulo también persigue el objetivo de ofrecer un marco contextual del movimiento que pueda servir como sustento para la comprensión de la etnografía y los estudios de caso que se presentan en la tercera parte de la tesis.

Toda la primera sección del capítulo supone un repaso de las significativas transformaciones que a lo largo del siglo XIX e inicios del XX se dieron en torno al nacimiento, así como una inmersión en los antecedentes inmediatos del movimiento, que se encuentran íntimamente ligados al surgimiento de las grandes escuelas de preparación materna para el parto, entre 1920 y 1998, en distintos enclaves geográficos. La segunda sección del capítulo, que se centra en el periodo comprendido entre 1985 y 2015, cuando el movimiento empieza a penetrar y tomar forma dentro las instituciones, ha sido pensada como una crónica por la que el lector va transitando por el tiempo y el espacio, como si de círculos concéntricos se tratara, a través, consecutivamente, del contexto internacional (especialmente Europa)[17], nacional (España), autonómico (Catalunya) y local (Barcelona), en que se ubica la investigación etnográfica.

3.1 Los orígenes: las escuelas de educación maternal

3.1.1 Transformaciones significativas en torno al parto y el nacimiento: siglos XIX y XX

Las prácticas y representaciones en torno al embarazo y al parto han ido variando en las *sociedades occidentales* con el paso de los siglos y según cada zona geográfica. Durante

[17] La especial atención prestada al continente europeo, lejos de pretender acentuar el etnocentrismo de los estudios etnográficos, se explica en este caso por la influencia que a nivel geopolítico tiene la Unión Europea sobre España, Catalunya y, por extensión, Barcelona, en relación con las políticas de atención a la salud sexual y reproductiva.

el transcurso del siglo XIX y del XX, no obstante, sucedieron toda una serie de acontecimientos que impactaron y transmutaron el modo de pensar estos procesos, así como también la asistencia que les correspondía, y que son esenciales para comprender los motivos por los que a partir de los años 60 empezaría a configurarse Movimiento por el Parto y el Nacimiento Digno.

El parto no tuvo un papel especialmente importante en el marco de intereses generales de la Medicina hasta el siglo XVIII. Desde entonces, sin embargo, comenzó a germinar entre el colectivo médico un paulatino interés por este acontecimiento fisiológico, tomando mayor envergadura durante el siglo XIX, momento en el empezó a ser frecuente en Europa que las familias burguesas con mayor poder adquisitivo contrataran los servicios de un médico para supervisar el parto. Uno de los principales factores que explican este giro de atención tuvo que ver con la preocupación que en este tiempo compartían de forma generalizada las clases políticas y los especialistas médicos respecto a los elevados índices de mortalidad infantil, primero, y de mortalidad materna, después (García Galán et al., 2014). Y no es el orden de los sujetos aquí casual: parece haber un grado considerable de unanimidad sobre que la mortalidad materna fue una inquietud accesoria de la mortalidad infantil, es decir, que tomó relevancia en la medida en que la supervivencia de los bebés dependía en gran medida de la supervivencia de las madres, pero no porque la mortalidad materna se concibiera como un problema nuclear en sí mismo (García Galán et al., 2014; McIntosh, 2012). Son múltiples los aspectos que influían en esta perspectiva, pero entre ellos sobresalen dos cuestiones: por una parte, que desde el siglo XVIII la vida de los infantes empezó a tomar especial valor —se sitúa en este momento histórico, de hecho, la construcción social de la «infancia moderna» en el sentido en que la conocemos en el presente (Pérez Sánchez, 2004)—; y, por la otra, que también desde este siglo se constata un apogeo de las posturas poblacionistas por parte de los estados, que empiezan a concebir que una población más cuantiosa es señal de poder y progreso, sobre todo porque multiplica las posibilidades de la mano de obra (García Galán et al., 2014; Imaz Martínez, 2010a, 2010b).

Es en el siglo XIX, además, con el escenario de fondo de la expansión de la epistemología positivista, sobre todo durante la segunda mitad, cuando la Ginecología se erigió como especialidad médico-quirúrgica independiente, coincidiendo también con el nacimiento de la Clínica en el campo de la Medicina (Belli, 2013; Goberna Tricas, 2009). Ello, sumado a los avances científicos y tecnológicos del momento, permitieron establecer medidas biopolíticas de tendencia higienista para frenar la mortalidad materno-infantil que, por extensión, sirvieron de catalizador para impulsar la tecnificación y medicalización del embarazo y el parto, la profesionalización de su asistencia y, sobre todo, la normalización del control médico de los procesos procreativos femeninos (Belli, 2013; Camacaro Cuevas, 2009). Todos estos aspectos empezaron a extenderse e implementarse internacionalmente a distinta escala y velocidad según cada país, conformando las bases del modelo estándar de atención biosanitaria a la salud sexual y reproductiva de las mujeres que conocemos en la actualidad. El desarrollo de este complejo aparato de transformaciones que se dieron alrededor del embarazo, el parto y el posparto conllevó, además, modificaciones tanto en los imaginarios sociales a los que se encontraban conectados, como en las vivencias subjetivas y colectivas de las mujeres.

Los cambios más representativos tuvieron que ver tanto con el propio escenario en el que ocurría el nacimiento, como con los actores que formaban parte de él. El parto se había situado tradicionalmente en el ámbito privado y, particularmente, en el contexto

doméstico, sobre todo en la alcoba matrimonial. Y este era todavía el panorama más común en el siglo XIX, sobre todo entre la burguesía. Para las mujeres pertenecientes a las clases sociales más humildes, en cambio, la situación era distinta, y cuando no era posible, por sus circunstancias, que fueran ayudadas por las demás mujeres de la comunidad en su propio domicilio, se resguardaban en el hospital o las casas de maternidad:

> «Parir en un hospital no era habitual, ja que era signe evident de pobresa, fins i tot d'exclusió social i soledat; en els hospitals només es refugiaven les mares solteres, que anaven a la ciutat per tal de parir, i moltes vegades deixar els fills a l'orfenat. La creació de centres on tenir cura de l'assistència a les parteres i parides s'inicià com una acció caritativa que pretenia millorar l'extrem malestar social sorgit entre l'alt nombre de desplaçats a la ciutat com a conseqüència de la revolució industrial. […] Parir en un hospital, en l'inici del segle XIX, no només comportava un desprestigi social, sinó que a més suposava un vertader perill per la vida de les mares. La mortalitat materna associada a les febres adquirides després del part era extremadament alta.» (Goberna Tricas, 2009, pp. 260-261)

Durante la mayor parte de la historia, en la mayor parte de lugares del mundo, el alumbramiento ha sido un episodio estrechamente ligado a las mujeres (Zwelling, 2008; Goberna Tricas, 2009; Hutter Epstein, 2010; McIntosh, 2012; García Galán et al., 2014; Núñez Galván, 2015) y, también, a la división sexual del trabajo (Linares Abad, 2009). En el momento del parto, las mujeres mayores que ya contaban con experiencias propias (y que eran consideradas sabias por ello), las abuelas, las madres, las hermanas, las primas, las criadas, etc. conformaban el círculo habitual para la embarazada, pero sobre todo lo eran las comadronas y, en caso de que las tuvieran, sus ayudantes o aprendizas. Resulta interesante, como Tania McIntosh apunta en sus estudios sobre historia social de la maternidad y el parto en Inglaterra, que en el siglo XIX todavía algunas de ellas ni siquiera lo debían considerar un oficio, sino una ramificación del propio trabajo doméstico:

> «The majority of women continued to be delivered in their own homes by locally midwifes. For these midwifes their work was an extension of their female role, rooted in domesticity, and one which was dependant on the life cycle of the individual; midwives were never young or single, but has children of their own and were either married or widowed. It is unlikely that they saw themselves as engaged in a profession, vocation, or even craft, any more than they would have characterised taking in lodgers or washing in similar terms.» (McIntosh, 2012, p. 32)

Además de la Ginecología, en este mismo siglo también se definieron como disciplinas médicas independientes la Pediatría y la Puericultura. Así, todo el proceso procreativo desde la concepción hasta los primeros cuidados y la crianza de los infantes comenzó a quedar bajo la atenta mirada de los médicos, quienes, gracias al respaldo de los estados, fueron progresivamente erigiéndose como los expertos mejor preparados para valorar y atender los problemas de salud en todas estas etapas. A pesar de las ventajas estructurales con las que contaban, sin embargo, la antropóloga Laura Núñez (2015) señala que la desconfianza de las mujeres ante la idea de tener que ser atendidas —y más aún ser exploradas— por un varón fue un elemento de resistencia suficientemente importante como para retrasar algunas décadas la hegemonía total del control médico del parto, por un

lado, y dilatar en el tiempo la presencia y el trabajo de las comadronas de toda la vida, por el otro, que contaban con un beneplácito mayor entre sus clientas.

Sea como fuere, las investigaciones históricas sobre el parto en Europa sitúan en el siglo XIX uno de los puntos álgidos del conocido conflicto de rivalidades entre médicos y comadronas. En la historia *occidental*, la comadrona ha sido una figura tradicionalmente representada como un ser más bien marginado y oscuro, incluso diabólico o malvado, con conocimientos de extraña naturaleza y formas de proceder cuanto menos misteriosas; algo, además, recrudecido por su condición femenina. Existen evidencias de que desde el siglo XV hubo en los países europeos un empeño generalizado por regularizar y controlar las actividades de las comadronas bajo el propósito de mejorar su formación y salvaguardar la supervivencia de las criaturas y sus madres. En el siglo XVIII, si bien surgieron iniciativas en varios países como Reino Unido, Francia o España para estipular una formación para comadronas acorde con los postulados médicos del momento que pudiera acreditarlas formalmente para poder ejercer su oficio, parece evidente que no hubo ningún interés en que se integraran en los procesos de profesionalización de la asistencia al parto. Los programas formativos, además, no eran accesibles para un buen porcentaje de las mujeres que ejercían el arte de la partería y, asimismo, para poder obtener ciertas titulaciones o licencias los requisitos eran realmente estrictos, lo que en conjunto hacía disminuir las posibilidades de poder competir con el incremento de doctores oficialmente certificados (Montes Muñoz, 2007).

Los estudiosos que han analizado la evolución histórica del parto suelen apuntar con consenso que hubo dos factores determinantes para que se diera una situación de ventaja por parte del colectivo de médicos respecto al colectivo de comadronas. El primero se remonta a inicios del siglo XVII cuando se desveló el secreto de la familia Chamberlen guardado por varias generaciones durante aproximadamente doscientos años sobre el diseño y empleo de los fórceps (Hutter Epstein, 2010). Mientras que su uso se extendió entre los doctores y cirujanos, consiguiendo óptimos resultados entre sus clientas y, por tanto, logrando aumentar su prestigio entre las madres, las comadronas quedaron excluidas de aprender a manejarlos porque la mentalidad de la época no veía capacitadas a las mujeres para utilizar ciertos instrumentos. Los fórceps eran concebidos como un aparato complejo, al nivel de una máquina, razón por la cual no se pensaba que ellas fueran lo suficientemente competentes como para poder dominarlos (Goberna Tricas, 2009). El fórceps inauguró una nueva etapa de atención en que no solo se introdujeron nuevos instrumentos, sino en que se extendió la idea de que el empleo de artilugios durante el parto era signo de mayor seguridad. El segundo tuvo que ver con que los médicos varones tenían la capacidad de leer y escribir y ello les facilitaba el acceso a tener conocimiento y poder participar de los debates científicos del momento y los avances que se daban en el campo de la Medicina, algo que, por el contrario, no sucedía con las comadronas, cuya alfabetización, por ser mujeres y además no pertenecer la mayoría a clases sociales altas, fue más tardía y menos homogénea (Goberna Tricas, 2009; Núñez Galván, 2015).

En este escenario de competitividades, sin embargo, fue decisiva la ardua campaña de desprestigio que los médicos lanzaron hacia las comadronas en el terreno social. Los doctores no solo pretendieron relevarlas en su papel de asistentes al embarazo y el parto, sino hacerlo desde su propio *modus operandi* que, a los ojos de la sociedad, precisamente lo que pretendía mostrar era un alejamiento intencional respecto a los métodos de los que ellas se habían valido durante siglos. Así, los conocimientos de las comadronas fueron drásticamente descartados. Belli (2013) afirma que «[…] todas las otras formas de hacer y

saber son caracterizadas no solo como diferentes, sino como equivocadas y primitivas (haciendo énfasis en su carácter de inferiores) e incluso son relegadas o ignoradas por completo» (p. 26)

El rechazo de su praxis se vio, además, complementado por un intenso ataque hacia ellas como colectivo que incluso las señalaba como culpables de algunos males específicos:

> Oficialmente, los obstetras lanzaron su ataque contra las parteras en nombre de la ciencia y de las reformas. Se ridiculizó a las parteras como personas "incurablemente sucias, ignorantes, incompetentes". Particularmente, se las hizo responsables de la amplia difusión de septicemas puerperales (infecciones uterinas posparto) y de las oftalmias neonatales (ceguera provocada por una gonorrea). Ambos males podían prevenirse fácilmente con técnicas accesibles incluso a la más ignorante de las parteras (limpieza de las manos para las septicemias puerperales y gotas oculares para la oftalmia)». (Ehrenreich & English, 1973, p. 31)

La larga pugna profesional entre médicos y matronas, y sobre todo el cruce bidireccional de acusaciones sobre intrusismo, que continúa haciendo acto de presencia en la actualidad en múltiples contextos a lo largo y ancho del globo, sobre todo en aquellos en los que se da encuentro la biomedicina con otros sistemas médicos tradicionales, ha sido interpretado desde la perspectiva feminista como un evidente conflicto de género, puesto que en la medida en que los doctores del momento eran varones, numerosas autoras sostienen que la gradual medicalización del parto implicó a su vez una masculinización de la atención a las embarazadas y también una masculinización del propio oficio de la matronería (Belli, 2013; Camacaro Cuevas, 2009; Ehrenreich & English, 1973; Linares Abad, 2009; Rigol Cuadra, 2003). Pero no solo eso. Nótese que de igual modo que ha ido ocurriendo con otras parcelas de trabajo y saberes tradicionalmente femeninas, como el arte de la cocina o de la costura, la partería, tras siglos de existencia, pasó a ser una actividad profesional y de prestigio justamente cuando los hombres comenzaron a interesarse por ella y a ejercerla por propia cuenta (Goberna Tricas, 2009; Montes Muñoz, 2007; Núñez Galván, 2015).

Parece haber algunos indicativos de que, pese a todo, también hubo espacios de convivencia, incluso de convivencia bien tolerada, entre médicos y comadronas. La presencia de doctores que asistían el nacimiento se concentró sobre todo en los núcleos urbanos, lo que parece señalar que las rivalidades tuvieron un peso y una intensidad mayor en las ciudades, mientras que las relaciones comadrona-médico en el entorno rural pudo estar más caracterizadas por la cooperación entre ambas figuras (McIntosh, 2012). Cabe también tener en cuenta que, más allá de la variable campo-ciudad, la convivencia entre comadronas y médicos también se produjo y se sostuvo en el tiempo y el espacio por lógicas cuestiones de variabilidad económica (Goberna Tricas, 2009; Hutter Epstein, 2010; McIntosh, 2012; Núñez Galván, 2015): el poder adquisitivo de las mujeres era un factor clave en el hecho de poder escoger entre un médico, una comadrona titulada o una comadrona que no lo estaba. El coste de cada uno era proporcional a la formación que había tenido y las licencias con las que contaba. Las mujeres que pertenecían a las clases más altas podían permitirse ser atendidas por los médicos. Las mujeres de clase media, según sus circunstancias, podía optar entre un médico que tuviera precios asequibles o bien comadronas tituladas, todavía más baratas. Pero las mujeres pobres no tenían, como es lógico, tanto margen de decisión. Las comadronas no tituladas continuaron ejerciendo en la

sombra, y muy a pesar del desprestigio social, justamente para cubrir la demanda de las mujeres de las clases más bajas.

Todo este proceso de reglamentación formativa y de práctica profesional tanto de obstetras como de comadronas que se fue dando en los países europeos conllevó a que desde el siglo XIX se instalara la clásica división de competencias de cada uno de ellos que continúa rigiendo en el presente: se estableció que el campo de dominio de los doctores y cirujanos eran los partos considerados problemáticos y de riesgo bajo la óptica médica, mientras que los partos clasificados como «normales» fueron asignados a las comadronas. Para poder ejercer de manera oficial y conseguir las licencias correspondientes para hacerlo, sin embargo, las comadronas empíricas necesitaban atestiguar, además de su formación académica, toda una serie de virtudes morales, entre las que destacaba poseer un ferviente sentimiento religioso (Núñez Galván, 2015).

Todavía quedaban muchas décadas para que el hospital fuera considerado el lugar más apropiado y seguro para que las mujeres dieran a luz, algo que ocurriría pasada la segunda mitad del siglo XX. Los partos seguían aconteciendo mayoritariamente en los domicilios, adonde se trasladaban al ser avisados el médico o la comadrona, pero eso no significa que el parto en el hogar experimentara no pocas transformaciones. Es decir, aunque el escenario de fondo continuaba siendo el mismo, el parto domiciliario del siglo XIX y buena parte del XX distaba mucho de parecerse al de los siglos precedentes. Como se mencionó anteriormente, el uso cada vez más habitual de utensilios médicos durante la asistencia al nacimiento fue una de las novedades de este periodo, lo que produjo que el parto en el hogar pasara a integrar desde entonces el parto instrumentado en el sentido que hoy en día lo entendemos.

Otro de los cambios más relevantes del parto casero fue la introducción intermitente de técnicas anestésicas y de alivio del dolor desde mediados del siglo XIX. Es conocido que las iniciales experimentaciones en este campo vinieron de la mano del dentista estadounidense Horace Wells, que en 1844 se propuso probar los efectos del óxido nitroso en su propia persona pidiendo a su aprendiz que le extrajera una muela para averiguar si el dolor quedaba inhibido, cuestión que acabó así constatando (Martina, 2016). Dos años más tarde, en 1846 los cirujanos Boston John Collins Warren y William Morton emplearon anestesia mediante éter inhalado en una intervención dirigida a extraer un tumor en la garganta (Goberna Tricas, 2009). En Europa, la primera operación quirúrgica sin dolor tuvo lugar aquel mismo año en Londres y fue una amputación por gangrena de una pierna. A partir de aquel hito, la utilización de anestesia se extendió rápidamente en Estados Unidos y Europa, puesto que como es fácil imaginar su descubrimiento propulsó nuevos y relevantes avances en el campo de la cirugía. Por eso, su aplicación para aliviar los dolores de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto no se demoró demasiado. Se atribuye a James Young Simpson ser el pionero en aplicar el uso de anestésicos al campo de la obstetricia tan solo un año más tarde, en Edimburgo. Pese a que en sus experimentaciones iniciales administró éter a las parturientas, parece ser que Simpson se dio cuenta de que, si bien funcionaba bien para ciertas intervenciones de cirugía, no era esta la sustancia más idónea para el caso de los dolores del parto, razón por la cual más tarde empezó a hacer pruebas con cloroformo que le dieron resultados más satisfactorios (Folch Jou, 1986; Thorwald, 1957). Sea como fuere, lo que parece indudable es que el uso generalizado de anestesia en el parto quedó establecido a partir de 1953 cuando la reina Victoria de Inglaterra lo utilizó durante el nacimiento de su quinto hijo, un dato que en la cultura

popular ha quedado recogido en que el parto con anestesia sea conocido como «el parto de la reina».

En los años y décadas posteriores, la investigación científica dirigida a averiguar la efectividad y propiedades anestésicas de múltiples sustancias avanzó al tiempo que entre el colectivo de médicos obstetras de muchos países se producía un controvertido debate entre los que eran partidarios o no de su utilización (Goberna Tricas, 2009), dividiendo así a aquellos doctores que consideraban que la anestesia aportaba beneficios saludables para el bebé y para la madre, así como facilidades en el propio proceso de expulsión, y los que consideraban todo lo contrario, es decir, que los anestésicos no solo empeoraban la salud del feto y la parturienta, sino que además interfería negativamente en el desarrollo del nacimiento. Esta larga disputa, de hecho, parece ser el elemento clave por el cual se retrasó el uso generalizado de anestesia en el parto en el caso de España (Franco Grande et al., 2007; González de Zárate et al., 2015).

Cabe tener muy presente que, en el siglo XIX, además, el auge de técnicas anestésicas se dio encuentro en el tiempo con el surgimiento de los movimientos feministas. Los postulados educativos heredados de la Ilustración, el panorama económico, social y laboral provocado por la Revolución Industrial y un marco político democrático en que los derechos civiles tienen cada vez más un papel protagonista, fue un escenario idóneo para la efervescencia del pensamiento feminista (Gamba, 2008; Pinto González, 2003), que desde los orígenes de su aparición ya estuvo configurado por dos tendencias diferenciadas en cuanto a la manera de conceptualizar a la mujer. La «corriente igualitaria» se fundamentó en una misma visión de la condición humana que regía tanto para los hombres como para las mujeres, poniendo en el centro de sus objetivos conseguir la igualdad política que reconociera a las mujeres como ciudadanas de pleno derecho. La «corriente dualista», en contraposición, basándose en el binarismo masculino/femenino y en que no era el individuo la unidad elemental sociopolítica, sino esta dualidad y también la familia, ponía en el acento de sus reivindicaciones la condición maternal de las mujeres por entender que esta facultad las definía a nivel físico, psicológico y también social (Duby & Perrot, 2000). Así, en el feminismo considerado de la «primera ola», que corresponde al de este periodo, algunas de las reclamaciones femeninas se justifican precisamente desde su papel como madres:

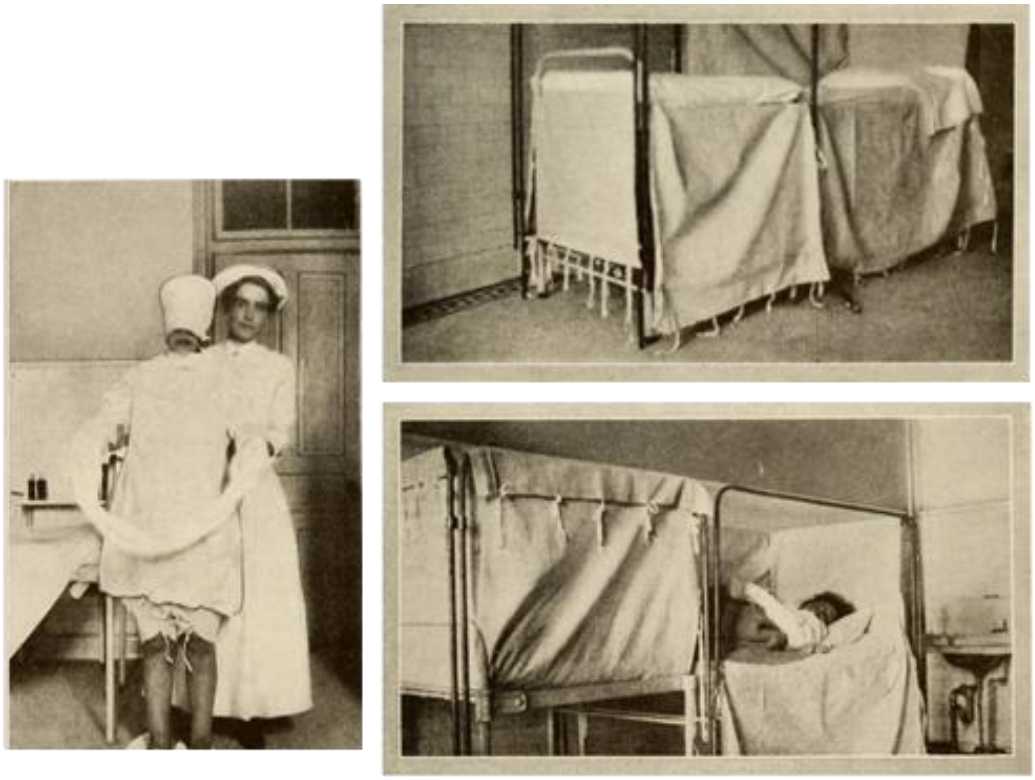
> «De hecho, en los primeros feminismos la orientación natural de las mujeres a la maternidad y su posición como madres de familia no se cuestiona. […] La maternidad en aquel momento actúa como elemento legitimador de la participación pública y de la toma en consideración de la opinión de las mujeres como grupo social. Probablemente encontramos en este feminismo de primera ola el germen de diversos movimientos en los que la autoridad que su posición como madres les otorga a las mujeres, las sitúa en un lugar privilegiado de crítica social y política, de activismo y de reivindicación de derechos humanos y políticos.» (Imaz Martínez, 2010a, p. 74)

Probablemente, que en aquella etapa no se problematizara la maternidad fue esencial, en cambio, para que las feministas reflexionaran sobre las condiciones en las que traían a los hijos al mundo. Interpelaron a los estados para que comprendieran la posición única que las mujeres jugaban en la reproducción de la sociedad y el cuidado de los infantes, que de mayores se convertirían en ciudadanos, para reclamar derechos que aseguraran que cumplían sus funciones sin dejarse la vida en ello. Se trataba de convencer a los estados de que era fundamental proveer a las madres de recursos, servicios y derechos porque,

haciéndolo, el estado entero se beneficiaba por ello. De esta manera, el feminismo reclamó para las mujeres mejoras en la cobertura de servicios de atención a la salud en el embarazo y en el parto. Por eso, cuando ciertas técnicas anestésicas comenzaron a ser aplicadas a la medicina obstétrica, las feministas reclamaron su derecho a no padecer dolores insufribles durante el parto. Algo que, de hecho, provocó grandes enfrentamientos entre las mujeres y los médicos, ya que, si bien los colectivos feministas exigían poder contar con métodos de anestesia en el parto, los médicos, como señalábamos antes, se encontraban enfrascados en un apasionado debate sobre su eficacia y sus efectos secundarios, llevando a muchos a tener una postura muy reticente y conservadora al respecto, que los círculos de mujeres activistas interpretaban como desinterés y falta de solidaridad por ayudarlas.

En los últimos años que marcan, según los historiadores, el final del siglo XX, es decir, entre 1914 y 1915, tuvo lugar en Estados Unidos un capítulo especialmente ilustrativo sobre cómo la anestesia obstétrica se configuró como un reclamo de la lucha feminista. En junio de 1914, Marguerite Tracy y Constance Leupp publicaron en la *McClure's Magazine* un artículo sobre una innovadora técnica de parto indoloro que se había desarrollado en la clínica alemana para mujeres de Freiburg de la mano de los doctores Bernard Kröng y Karl Gauss: el *Dämmerschlaf*, que se tradujo al inglés como *Twilight Sleep*. En el texto, ambas mujeres, feministas laicas, criticaban el alto número de partos intervenidos con fórceps, un instrumento que veían como peligroso y causante de infecciones, al tiempo que describían los beneficios del «sueño crepuscular», que veían como más confortable y seguro para las madres (Walzer Leavitt, 1980). El *Dämmerschlaf* consistía en administrar a la parturienta una mezcla de barbitúricos, concretamente escopolamina y morfina, cuyas propiedades analgésicas y amnésicas —que no anestésicas— producían que la mujer entrara en un nivel de inconsciencia considerable durante el parto, produciendo que no tuviera el mínimo recuerdo sobre él. Las feministas estadounidenses concibieron este método como la forma «humana» de parir para las mujeres y de nacer para los bebés, pues entendían que la ausencia de recuerdo de haber padecido dolor fortalecía la relación y el vínculo entre ambos (Hutter Epstein, 2010). Llevaron a cabo una gran campaña a favor del «sueño crepuscular barbitúrico» en los medios de comunicación, difundieron testimonios y fotografías de madres con bebés nacidos bajo aquella técnica (a quienes se les denominada «*Freiburg babies*») para demostrar su buena salud, publicaron libros como *Painless Childbirth*, escrito por la propia Marguerite Tracy y Mary Bond (1915) y estudios como *Scopolamine - Morphine Anaesthesia. A Psychological Study of «Twilight Sleep» made by The Giessen Method* de Bertha Van Hoosen (1915) e incluso crearon una asociación nacional, The National Twilight Sleep Association (McIntosh, 2012; Walzer Leavitt, 1980). Las informaciones relativas al *Twilight Sleep* que se transmitían a las mujeres sobre el «sueño crepuscular barbitúrico» eran, no obstante, parciales:

> «Lo que estas alegres historias pasaban por alto era tal vez más revelador que lo que los testimonios admitían. Los artículos no mencionaban que a las mujeres se las ataba y se les vendaban los ojos mientras se retorcían y gritaban durante el parto. Para mantenerlas quietas y para que los médicos pudieran sacar a los niños, las enfermeras les ataban los brazos a los barrotes de la camilla y las piernas a los estribos con correas de cuero. Algunas habitaciones tenían «cunas» acolchadas, camas profundas que impedían a las mujeres caerse al suelo mientras se retorcían de dolor. Tampoco se mencionaba que los fármacos administrados disminuían las contracciones uterinas, causaban alucinaciones y le provocaban dificultades respiratorias al bebé.» (Hutter Epstein, 2010, p. 92)



Imágenes 1, 2, y 3. Fotografías de la preparación de la parturienta y camas acolchadas para el sueño crepuscular barbitúrico. Recogidas en *Scopolamine- Morphine Anaesthesia. . A Psychological Study of «Twilight Sleep», made by The Glessen Method* (Van Hoosen, 1915)

De igual modo que sucedió con otras técnicas de alivio o anulación del dolor, el *Twilight Sleep* también creó controversias entre los médicos, que en este caso concreto no versaban únicamente sobre sus efectos en la salud de madres y bebés, sino que también se planteaban si era una técnica adecuada desde el punto de vista pragmático, dado que las convulsiones y movimientos abruptos que creaba la mezcla de barbitúricos en la parturienta requerían la atención constante del médico —es decir, trabajo añadido— y, además, el soporte de enfermeras que le ayudaran a controlar a la mujer —es decir, más personal—(Walzer Leavitt, 1980). Pero, de todos modos, entre 1914 y 1915, los movimientos feministas de los Estados Unidos reclamaron el derecho de las madres a que pudieran tener a su disposición este método amnésico para afrontar el parto. Asimismo, puesto que el auge del *Dämmerschlaf* se sincronizó en este país con la popularización de las clínicas para madres, las mujeres pertenecientes a distintos estratos sociales comenzaron a pensar dichas maternidades como el lugar más adecuado donde dar a luz(Hutter Epstein, 2010). En resumen, la demanda del *Twilight Sleep* acabó por derivar en que el parto hospitalario se incluyera en las reivindicaciones feministas de la época.

Muchos años después, para un buen número de autoras, que han visto en el caso del «sueño crepuscular barbitúrico» un episodio desafortunado en el que las mujeres cedieron su poder y el de sus cuerpos a los médicos en las salas de parto, sigue siendo un interrogante que las feministas de la primera ola se prestaran a ello con un convencimiento tan intenso. En un sugerente artículo, sin embargo, Judith Walzer (1980) señaló los errores de esta interpretación argumentando que las mujeres en ningún momento quisieron ceder su

dominio, sino que en aquel momento la lucha feminista recaía no en el control del cuerpo durante el parto, sino en poder controlar por entero la decisión de cómo dar a luz:

> «Twilight sleep women wanted to control their own births by choosing to go to sleep. They were not succumbing to physicians or technology but were, they thought, demanding the right to control their own birthing experiences. […] May leaders were active suffragists commitment to twilight sleep was rooted in their belief in women's rights. Although these activists agreed with most physicians that birth should increasingly be the domain of the obstetricians and that women should not suffer unnecessarily, they disagreed vehemently about who should decide what the birthing woman's experience would be. They clearly and adamantly wanted women to have the right to decide their own method of birthing.» (Walzer Leavitt, 1980, pp. 161-162)

El popular *Dämmerschlaf* padeció un acelerado declive desde agosto del 1915 cuando una de sus más firmes defensoras, Charlotte Comody, murió bajo sus efectos durante el parto de su quinto vástago. La historia del *Twilight Sleep*, sin embargo, resulta central para comprender cómo desde el siglo XIX y principios del XX la anestesia obstétrica pasó a formar parte de la agenda del activismo feminista, puesto que más allá de aliviar los dolores del trabajo de parto o no, la cuestión de fondo era la lucha por sus derechos, siendo la toma del control de las determinaciones relacionadas con el modo de dar a luz una parcela de poder por conquistar.

Desde los años veinte, en muchos países de Europa y en Estados Unidos el parto se fue trasladando paulatinamente a las maternidades y los hospitales, a medida que progresivamente iba incidiendo en la conciencia colectiva la idea de que los centros de salud podían certificar una mejor atención a las embarazadas, al tiempo que aseguraban una disminución de potenciales peligros, sobre todo porque, si aparecían complicaciones durante el parto, encontrarse en el hospital economizaba el tiempo de traslado, proporcionando un margen de actuación más rápido e incrementando, por extensión, las posibilidades de recuperarse o de sobrevivir.

Uno de los factores que hay que tomar en cuenta en este proceso de escalonada transición del parto domiciliario al parto hospitalario es que la noción de riesgo vinculada a la gestación, pero sobre todo al parto, ya se encuentra bastante asentada en el imaginario social, un pensamiento que a medida que siguió avanzando el tiempo, se fue consolidando con más fuerza. El surgimiento de un nutrido volumen de literatura y artículos dirigidos a informar a las madres sobre qué procedimientos eran más seguros tanto para su salud como para la de sus criaturas, da buena muestra de ello. Y como cabía esperar, en el momento en que el riesgo pasó a ocupar un papel protagonista en las narrativas sobre la salud procreativa, los patrones de cuidado mutaron, siendo la tendencia en alza del parto hospitalario uno de sus aspectos más representativos (McIntosh, 2012). Por otra parte, el despliegue del modelo del Estado del Bienestar que desde los años cincuenta se dio en las *sociedades occidentales* también tuvo sus implicaciones para el parto hospitalario, puesto que el aumento de inversión del gasto público en sanidad posibilitó la creación de más centros de salud, de clínicas y de hospitales, posibilitando una mayor cobertura de la asistencia al parto dentro estas instituciones (Núñez Galván, 2015).

En el caso concreto de España, Laura Núñez (2015) apunta a que durante los años cuarenta, cincuenta y sesenta el parto continuó situándose mayoritariamente en el hogar de la embarazada, pero bajo la supervisión y control estatal. Señala la autora, no obstante, que

la instauración en el Estado español el sistema de la Seguridad Social en 1967 supuso en punto de inflexión para que el parto en casa empezara a ser pensado como una práctica más bien desfasada, en contraste con el parto hospitalario, que entre el tejido social comenzó a proyectarse como una opción más moderna. Así, no es extraño que en los años 70 el parto hospitalario ya fuera la norma, y no la excepción (Montes Muñoz, 2007; García Galán et al., 2014; Núñez Galván, 2015).

El impacto que el parto hospitalario tuvo entonces y en la posteridad, y hasta el día de hoy, para las mujeres, es un debate extenso y controvertido. Particularmente desde los movimientos feministas, se ha apuntado a que la implementación generalizada del parto en el hospital supuso un acontecimiento básico para que el colectivo médico se hiciera con el control total del parto, limitando el papel protagonista de las mujeres, así como su capacidad de autogestión, patologizando y medicalizando el proceso procreativo, y proyectando el cuerpo de las embarazadas como potencialmente defectuoso y peligroso (Oakley, 1984; Kitzinger, 2006; Montes Muñoz, 2007; Hutter Epstein, 2010; García Galán et al., 2014). En contraposición a esta corriente, Tania McIntosh (2012) escribe:

> «Feminist historians in particular have characterised this development as one of coercion with parturient women losing control over de place and pace of birth, and relinquishing traditional methods of female support within the community in favour of managed labours directed in hospital, often my male obstetricians. […] However, more recent evidence suggest that the generalisations overplay the importance of traditional birthing cultures and underplay the extent to which the hospitalization of childbirth was demanded led, with women themselves calling for more beds to be available.» (McIntosh, 2012, pp. 63-64)

Según la autora, otros factores que deben tomarse en cuenta en este asunto son, por ejemplo, que algunas gestantes también expresaban sentirse ignorantes y con miedo y que, por ende, veían en los hospitales una posibilidad de ayuda, o bien que para algunas mujeres la oportunidad de poder dar a luz en un lugar alejado de sus domicilios les permitía poder concentrarse en parir y recuperarse durante al menos un tiempo corto, en que al no encontrarse en el hogar, podían tener un descanso de las tareas domésticas y familiares.

Paralelamente a la expansión y normalización del parto hospitalario, y tal y como se mencionó antes, las investigaciones en el campo médico de la anestesia continuaron su curso durante toda la primera mitad del siglo XX, así como también las pruebas experimentales de distintas técnicas aplicadas al parto. Aunque la anestesia epidural fuera descubierta por el cirujano militar español Fidel Pagés en 1921, y en las décadas posteriores se realizaron experimentaciones con ella en varios países europeos (Franco Grande et al., 2007), no fue hasta 1975 que tres médicos del Instituto Dexeus, en Barcelona, los doctores Oliveras, Beraudi y Limia, dieron a conocer su estudio sobre cómo emplearla para aliviar los dolores del parto, convirtiéndose así en los pioneros de su uso en el ámbito obstétrico. Sin embargo, hasta los años noventa, el parto en los hospitales públicos continuó siendo generalmente sin anestesia, mientras que en los privados se administraba a la gestante una dosis de pentotal en la fase final del parto (Cardús Font, 2015; González de Zárate et al., 2015). La universalización de su uso en el sistema de salud español se aprobó en 1998 y en la memoria colectiva quedó impreso como uno de los grandes hitos del feminismo en España, así como en muchos otros países *occidentales.* Con el paso del tiempo y el incremento de la medicalización tanto en la fase prenatal como en el parto, así como el

sistemático uso de la epidural que viene dándose en los últimos años en el Estado español, y que en su análisis Javier González de Zárate, Bienvenido Fernández y José Ignacio Gómez (2015)han calificado de «tiempo de la analgesia epidural epidémica», se ha acabado generando desde el feminismo un controvertido cuestionamiento sobre su utilización, que guarda muchos puntos de contacto con el debate del parto hospitalario y los posicionamientos que se toman dentro de él.

3.1.2 El surgimiento de las Escuelas Clásicas

A todo esto se refería Randi Hutter Epstein cuando escribió:

> «Para la mujer del siglo XX, el nacimiento era cualquier cosa menos algo natural. Como dice la historiadora Jacqueline Wolf en *Deliver me From Pain: Anesthesia in Birth in America*, a las mujeres se les administraba toda clase de antipsicóticos y otros fármacos para dejarlas inconscientes, entre ellos torazina, bencedrina, óxito nitroso y demerol.» (Hutter Epstein, 2010, p. 111)

Desde aproximadamente los años veinte, y de forma paralela a la búsqueda de fórmulas anestésicas que permitieran nuevos avances en el campo de la cirugía, en el campo de la obstetricia comenzó a despertarse un latente interés por descubrir metodologías de alivio y/o anulación del dolor en el parto que pudieran inducirse por medio de la propia psique en vez de mediante mezclas de barbitúricos y sustancias, para así sortear los peligros de la toxicidad que contenían y que causaban efectos secundarios, a veces muy severos, a los pacientes. El interés por disminuir la percepción del dolor a través de la limitación o la desviación de la consciencia (Martínez de la Riva de la Gándara, 2007)dio lugar a lo largo de todo el siglo XX surgieran toda una serie de corrientes que, proponiendo múltiples técnicas basadas en elementos diferentes, pero bebiendo a la vez las unas de las otras, acabarían conformando lo que hoy conocemos como escuelas de preparación materna al parto.

Si bien no es escasa la literatura académica centrada en las escuelas de preparación materna para el parto, resultan ser pocas las fuentes que han tratado de estudiarlas desde un enfoque transversal que las ponga en relación para poder examinar su historia, su evolución o su efectividad. Fue precisamente la falta de una revisión evaluativa de las distintas escuelas lo que llevó a la matrona Matilde Fernández a elaborar una sistematización y un posterior examen comparativo entre las que parecían ser más representativas. El artículo en el que expuso los resultados de tal estudio (Fernández Fernández-Arroyo, 2013)ha sido tomado, por eso, como punto de referencia, sobre todo en lo que respecta al esquema cronológico propuesto por la autora. Este establece una diferenciación entre lo que he definido como «escuelas clásicas de preparación materna al parto» surgidas, aproximadamente, entre 1920 y 1960, y las que la autora denomina como «nuevas escuelas de educación prenatal», que aparecen desde 1960 hasta finales de los años 90. La división responde a que las nuevas escuelas que conforman el segundo grupo parten de los planteamientos de las escuelas clásicas del primero, y es a partir de su revisión y mejora que diseñan nuevos programas de atención al parto.

Previamente al abordaje de esta sección, se hace precisa una puntualización acerca de los conceptos «escuela maternal» y «educación maternal» empleado por varios autores para referirse a estas corrientes interesadas en investigar cómo podían las embarazadas aliviar los dolores del parto mediante técnicas psicológicas y no farmacológicas. Dentro de

lo que hoy entendemos como «educación maternal» se integran diversos elementos: además de la preparación al parto, desde el siglo XIX también se consolida la instrucción de las madres para que aprendan prácticas saludables y adecuados para el cuidado de los recién nacidos, que los especialistas médicos les enseñan con el fin de asegurar unas condiciones higiénicas mínimas que pudieran hacer superar los preocupantes índices de mortalidad infantil del momento (Imaz Martínez, 2010b). No obstante, las «escuelas maternales» que se presentan a continuación están específicamente focalizadas en la preparación al parto y en cómo sobrellevar el dolor de este, mas no se extienden en la cuestión de los cuidados del bebé. Por esa razón, y con motivo de evitar crear confusión, se ha optado por utilizar el concepto «escuelas de preparación materna para el parto» por convenir que en este punto su uso es más exacto.

a. *La escuela de Hipnosis y Sugestión Vigil*

A pesar de que se suele creer que fue el británico Grantly Dick Read el primero que investigó sobre técnicas de alivio del parto de carácter psicológico, la comadrona Matilde Fernández (2013) apunta como primer motor de este interés los estudios que llevó a cabo Friedrich Schultze-Rhonhof tomando los conocimientos que había disponibles en la época sobre hipnosis clínica para aplicarlos al campo de la obstetricia (Martínez de la Riva de la Gándara, 2007). En 1922 publicó su artículo «*Der hypnotische Geburtsdämmerschlaf* «[«El sueño crepuscular hipnótico del nacimiento»] en el que explicó que, al realizar algunas sesiones de hipnosis anteriores al parto, en el momento de este se requiere menor tiempo para lograr el estado hipnótico deseado bajo el efecto del cual se diluyen los dolores .(Madden, 2012; Michaels, 2007). Aquel mismo año, y en la misma línea, Heinrich Kogerer llevó a término experimentaciones semejantes a las de Schultze-Rhonhof, pero con la técnica de la autosugestión posthipnótica (Fernández Fernández-Arroyo, 2013) y recogió sus resultados en el a artículo «*Der hypnotische Gebirtsanalgesie*» [«La analgesia natal post-hipnótica»]. Hans Prill, Manfred Stauber y Alexander Teichmann señalaron:

> «En el año 1922 Falk, Heberer, Hallauer, Kirstein y Kogerer publicaron Investigaciones sobre la utilización de hipnosis en la ayuda al parto y la ginecología, cuyos contenidos fueron expuestos ampliamente durante el Congreso de la Sociedad Alemana de Ginelogogía, celebrado en Innsbrück (Archiv der Gynekölogie 117 [1922]). Allí se desarrollaron los cimientos del desarrollo moderno de la preparación del proceso del parto.» (Prill et al., 1988, p. 97)

Los ensayos con la hipnosis clínica y la autosugestión posthipnótica, sin embargo, no reportaron los resultados esperados, observando dificultades lo suficientemente considerables como para que desde la comunidad científica se optara por investigar otro tipo de técnicas de alivio o anulación del dolor en el parto.

b. *La Escuela Inglesa*

Grantly Dick Read, además de ser el principal representante de la escuela inglesa de preparación materna al parto, también es considerado como el pionero del surgimiento de los «movimientos pro parto natural» (Cardús Font, 2015). En 1933,

recopiló sus teorías acerca del parto sin miedo y sin dolor y publicó el libro *Natural Childbirth*, que más tarde, en los años 50, y cuando se preparaba la segunda edición, cambió su título por *Childbirth Without Fear. The Principles and practice of natural childbirth* (Walker et al., 2009). El obstetra británico estaba convencido de que el parto era un proceso totalmente fisiológico y que los dolores del parto, lejos de formar parte natural de este, estaban generados por los miedos que albergaban las mujeres gestantes ante la idea de dar a luz. Sobre la cuestión del dolor en el parto, aspecto que investigó en profundidad durante su carrera, afirmaba:

> «Superstition, civilisation and culture have brought influences to bear upon the minds of women which have introduced justifiable fears and anxieties concerning labour. The more cultured the races of the earth have become, so much the more positive have they been in pronouncing childbirth to be painful and dangerous ordeal.
>
> Thus fear and anticipation have given rise to natural protective tensions in the body, and such tensions are not of the mind only, for the mechanism of protective action by the body includes muscle tension. Unfortunately the natural tension produced by fear influences those muscles which close the womb, when in the normal state those muscles should be relaxed and free from tension. This resistance gives rise to pain, because the uterus is supplied with sensitive nerve ending which record pain arising from excessive tension.» (Dick-Read, 1961, p. 18)

Así, toda la filosofía de la escuela inglesa de Dick Read se cimentó bajo el postulado de que «El miedo es el principal agente productor del dolor en un parto normal». A partir de la fórmula triangular que denominó el «Síndrome Miedo - Tensión - Dolor», el obstetra explicaba que, si bien las mujeres están dotadas de una especie de conocimiento inconsciente sobre cómo deben parir, el temor al parto, además de tener efectos psicológicos, acaba desencadenando a nivel físico en la embarazada una tensión de los músculos del útero, que sería el origen de los dolores del parto. Continuando con esta relación, además, cuanto mayor fuera la percepción de dolor, el miedo aumentaría y, por extensión, también la tensión muscular en el útero, entrando en un círculo sin fin en que produciría, inevitablemente, una sensación de dolor cada vez más agudo (Aguirre Espinoza, 2012; Cardús Font, 2015; Fernández Fernández-Arroyo, 2013; Michaels, 2014).

El método que ideó el obstetra británico estaba encaminado justamente a romper este círculo vicioso impulsando toda una seria de medidas como trabajar en dejar de concebir el parto como un acontecimiento doloroso y peligroso, acondicionar el ambiente de los hospitales (evitar el exceso de luz o los espacios muy coloridos) e incluso motivar a los equipos médicos a dejar de hablar de «dolores de parto» para hablar de «contracciones uterinas». Cuatro actividades fundamentales conformaban su modelo de preparación al parto de la gestante y Dick Read las categorizaba jerárquicamente según la relevancia que tenían dentro del programa (Valle Cohaíla et al., 2006; Aguirre Espinoza, 2012; Dick-Read, 1961; Michaels, 2014).

1. *Educación*. Con el fin de despejar incertidumbres y temores y que las mujeres supieran qué les iba a ocurrir y cómo debían actuar durante el parto, el método impulsaba proveer a las mujeres embarazadas minuciosos conocimientos

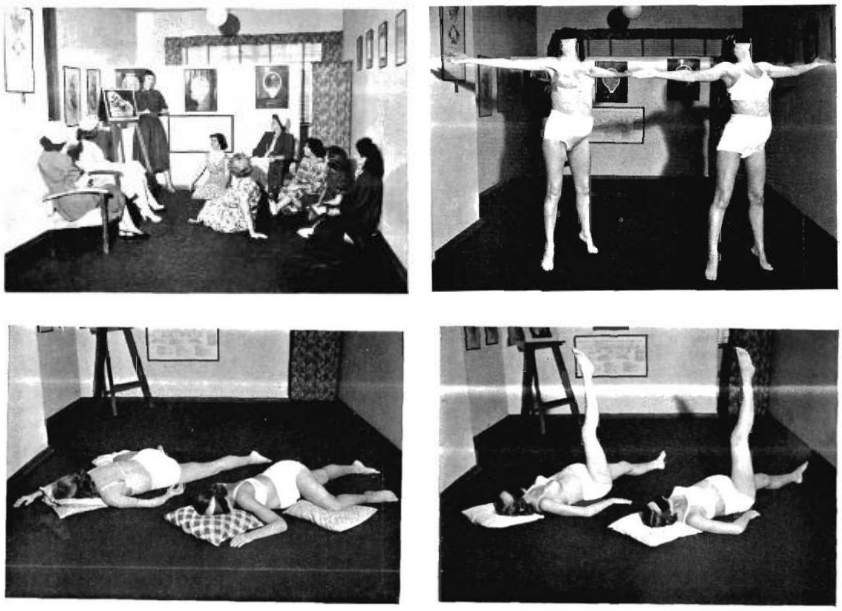
científicos sobre en qué consiste dar a luz tanto desde una perspectiva fisiológica como psicológica.

2. *Respiración*. Aprender a manejar correctamente la respiración se veía como un elemento central para que tanto la madre como el bebé tuvieran un buen estado general. En el momento del parto, se creía que además de aportar oxigenación en las contracciones y beneficiar al útero durante la expulsión, aseguraba que el feto se encontrara bien. El método de Dick Read diferenciaba cuatro tipos de respiración indicados para cada fase del parto: la «respiración profunda» y la «respiración rápida y superficial» para las contracciones del trabajo de parto, la «respiración jadeante» para que la cabeza del bebé salga lentamente (coronación) y la «respiración contenida», especialmente útil en la fase del expulsivo.

3. *Relajación*. El programa incluía mostrar a las gestantes técnicas de relajación porque se consideraba que ayudaban a disminuir la tensión en los músculos del útero logrando que, por extensión, no existiera sensación de dolor.

4. *Gimnasia*. Si bien Dick Read no consideraba la gimnasia como un elemento imprescindible para lograr un parto fisiológico indoloro, sí que la concebía como una actividad auxiliar que podía aportar beneficios a la embarazada, dado el hecho de que trabaja la flexibilidad muscular y contribuye a que la sensación general del cuerpo sea óptima.

En 1956 se constituyó la Natural Childbirth Association. Pese a que no son pocas las fuentes que atribuyen su fundación al propio Dick Read, en realidad fue Prunella Briance, su discípula, quien, seguida por un grupo de activistas inspiradas en el trabajo del obstetra, decidió constituir la asociación con el propósito de poner a disposición de las mujeres información sobre métodos no farmacológicos para afrontar el parto, sobre todo el que



Imágenes 4,5,6 y 7. De derecha a izquierda, de arriba abajo: Clases de educación materna de preparación al parto, ejercicio de respiración, ejercicio de relajación y ejercicio gimnástico respectivamente. Imágenes incluidas en el libro *Childbirth Without Fear. The Principles and practice of natural childbirth* que Dick Read publicó en 1933.

había ideado Read, quien, no obstante, sí fue el primer presidente de la organización (Kerley, 2016; Michaels, 2014). En 1958, esta pasó a llamarse National Childbirth Trust (NCT), nomenclatura formal con la que ha continuado conociéndose hasta la actualidad, en que su actividad sigue vigente y funcionando de forma semejante. En el obituario que Liz Hunt escribió en abril de 1996 para el diario *Independent* con motivo del fallecimiento de Prunela Briance recordaba cómo se materializó el proyecto de la asociación[18] y algunas de las otras figuras que, junto a Briance, fueron decisivas en su exitoso desarrollo:

> «The NCT network that thousands of women know today developed to meet the demands of pregnant women. It provided groups where women could talk and share information. Dr Dick-Read's wife, Jessica, was one of the first NCT teachers, soon to be joined by other committed women, including Sheila Kitzinger.» (Hunt, 1996)

Como también apuntaba Hunt en ese mismo artículo, fueron precisamente aquellos años de intenso trabajo con las mujeres, de acciones y activismo por parte del NCT la semilla de un hito: la publicación en 1993 del afamado informe *Changing Childbirth* por un comité de expertos en salud maternoinfantil del gobierno británico. Un informe fundamental que, sin exagerar, fue la turbina de un nuevo paradigma teórico y práctico, y que supuso, sin lugar a duda, uno de los acontecimientos más importantes en la historia contemporánea de la atención al parto y al nacimiento.

¿Cuáles son, entonces, las razones que explican su extrema relevancia? En parte, tiene que ver con el contexto en que se dio, coincidiendo, no por azar, justamente en un tiempo en que, tras treinta años de la fundación del *National Health Service*, y aun habiéndose logrado un descenso evidente de la mortalidad en términos generales, y también en salud materna en términos concretos, existía un polémico debate social y político en cuanto al hecho de que las desigualdades en salud entre la clase media trabajadora y las clases más empobrecidas y en riesgo de exclusión social no habían dejado de incrementarse, a pesar de todo, y que dejaba ante los ojos de todos un panorama en que la inequidad en el acceso a la salud era una problemática suficientemente grave como para necesitar respuestas. Así, el *Changing Childbirth* debe ser comprendido como un corpus de acciones encaminadas a tratar de reducir, no solo pero sí sobre todo, la brecha existente en el ámbito de la salud maternoinfantil. No obstante, por otra parte, lo fundamental más allá de que hubiera un marco de circunstancias óptimo y abierto a recibir propuestas, fueron el qué, el cómo y por parte de quiénes.

El informe estableció un nuevo enfoque, como resultado de décadas de saberes, conocimientos, observaciones y práctica con mujeres gestantes y puérperas, basado en dos ideas esenciales. La primera era la necesidad de que el parto dejara de ser pensado como un acto patológico para instaurar un nuevo modelo en el que fuera concebido como un acontecimiento fisiológico *natural*, teniéndose que adaptar, por extensión, la atención biomédica a esta visión, incluyendo la dimensión de la salud psicológica además de la salud puramente física y poniendo especial énfasis en trabajar por una comunicación más eficaz, respetuosa y horizontal entre las mujeres y los profesionales sanitarios. La segunda era devolver a las mujeres el control de sus propios partos, siendo los equipos de asistencia

[18] Nótese que la configuración de grupos de mujeres embarazadas y puérperas que se ideó en aquel contexto supuso un formato de intercambio de conocimientos y saberes muy similar al que actualmente se ofrecen en Barcelona, pero también en la mayor parte de ciudades europeas en donde han llegado las ramificaciones del movimiento por un parto y un nacimiento dignos.

quienes estuvieran a su disposición, y no al revés, teniendo en cuenta que todos los datos apuntaban a un exceso de intervenciones que distaba mucho de mejorar los resultados de la salud maternoinfantil (McIntosh, 2012). La revolución que supuso este giro de perspectiva fue tanta que las propuestas del informe *Changing Childbirth* fueron discutidas incluso en los medios de comunicación británicos. Y es que, de hecho, su influencia fue lo suficientemente trascendental como para que ambos principios fueran los ejes elementales de los que beberían todos los programas, protocolos y guías clínicas de atención al parto que se han elaborado después en el contexto europeo —y no solo europeo—, incluso en el momento actual. Son, asimismo, el corazón de todas las narrativas y activismos que, desde entonces, vieron en el *Changing Childbirth* la oportunidad de crecer y expandirse. Y fue justo ahí, en ese momento embrionario del cambio, donde la labor y el compromiso del NCT con una nueva atención *humanizada* del parto y el nacimiento que dignificara de nuevo a las usuarias y les hiciera recuperar a las mujeres el derecho a decidir sobre sus cuerpos, sus partos y sus criaturas quedó fuertemente consolidada.

> «[…] the language it used of choice and control for women, and the development of women-centred care reflected a different approach to evidence gathering. […] *Changing Childbirth* was the first example of the power of consumer groups in setting the maternity agenda […] This meant that, unlike in previus national reports where the views of obstetricians in particular held sway, the psicho-social aspects of maternity care were foreground.» (McIntosh, 2012, p. 137)

El *Changing Childbirth*, además, agregó otros dos elementos importantes para el nuevo discurso sobre la atención al parto y al nacimiento. Por un lado, se empezaron a ajustar los protocolos de asistencia según lo que indicaban la *evidencia científica* —entendiéndose esta como el método de evaluación de los resultados clínicos según los procedimientos llevados a cabo en las distintas fases de la atención perinatal—. Por el otro, el reconocimiento de las comadronas como las profesionales de la salud especialistas en atender partos sin patologías, sabiéndose ya entonces, que su modo de proceder, menos intervenido e instrumentalizado por reglas generales, reflejaba mejores resultados globales en el estado de salud tanto de madres como de recién nacidos. Fue precisamente esto lo que conllevó la creación de unidades de asistencia al parto organizadas únicamente por comadronas, en las que empezó a destacar la conocida metodología del *one-to-one* en referencia al hecho de que una misma comadrona pudiera cubrir todo el proceso de parto de una mujer, pudiendo personalizar al máximo su asistencia.

La influencia, en definitiva, de la escuela inglesa en la configuración de un activismo organizado y la penetración de nuevas ideas en el sistema biomédico es, por todo ello, irrefutable. De hecho, Reino Unido continúa siendo un epicentro de referencia en cuanto al avance de buenas prácticas en la salud maternoinfantil hoy en día. El modelo de asistencia a la maternidad del *National Health Service* continúa disfrutando de una buena reputación, entre otras cosas, y precisamente, por la autonomía y rol esencial de las comadronas quienes, no en vano, tienen una formación universitaria propia en el país (no así en el Estado español, donde es una especialidad que se cursa tras acabar la carrera de Enfermería) y por incluir, por ejemplo, la opción del parto domiciliario asistido por comadronas en su cartera de opciones. En los círculos sociales en donde se ha basado la etnografía que nos ocupa, de hecho, que las comadronas se hayan formado en el modelo británico es especialmente valorado. Entre las comadronas independientes que se dedican al parto en casa en Cataluña,

es usado como una certificación de calidad para captar nuevas usuarias para los servicios que ofrecen.

c. *La Escuela Rusa o Soviética*

Los doctores Velvoski, Platinov y Nikolaiev son los nombres principales del método ruso, también conocido como «Psicoprofilaxis de los dolores del parto». La escuela rusa o soviética se desarrolló sobre la base de las investigaciones de Paulov, que dieron lugar a su popular «método de sugestión» (según fuentes también denominado «hipnosugestión»). Según Valle Cohaíla et al. (2006), el postulado central de la escuela rusa era que los dolores del parto no eran tomados como algo connatural, congénito, razón por la cual su propuesta era que, mediante el uso de las palabras (previamente seleccionadas) se podía crear un estímulo condicionante positivo en las mujeres que hiciera desaparecer tales dolores. Tomando esta idea como raíz, existían una serie de cuestiones fundamentales que debían activarse para lograr que el dolor se desacondicionara con éxito. Probablemente uno de esos asuntos más destacables, y que marcan el carácter de esta escuela, era su mirada del parto como un acto sociocultural: la religión, el contexto cultural, los factores sociales del momento eran vistos como aspectos muy influyentes y moldeadores de la experiencia del parto (ídem). Podría decirse, en este sentido, que la escuela rusa tenía una mirada ciertamente antropológica, holística, del parto.

Con el objetivo de crear una positiva inducción en la corteza cerebral de las mujeres ante el parto, esta escuela desarrolló proposiciones específicas que actuaban a niveles distintos. Por un lado, se entendía como imprescindible la predisposición de la mujer a su propia reeducación cortical, asumiendo un rol más activo. Para alcanzar tal logro, y dada la suma importancia de la palabra para esta escuela, Velvoski, Platinov y Nikolaiev vieron la necesidad de crear una preparación específica del personal hospitalario no solo para renovar el vocabulario empleado, ahora con términos más neutros y amables sobre proceso, sino para que éstos tomaran conciencia del poder terapéutico del lenguaje, imprescindible, por otro lado, para crear el estímulo condicionante buscado. De forma simultánea, además, la escuela rusa pensaba que, para que lo anterior fuera posible, era totalmente necesario que todo el contexto sociocultural promoviera un cambio de visión. Así, apelaban a implicar a la literatura y las artes a contribuir a una visión positiva del parto, alejada del miedo; incluso los medios de comunicación eran llamados a referir el parto como una experiencia maravillosa y hacer propaganda de ello. Sumado a todo lo anterior, y precisamente por la importancia dada al contexto, la escuela rusa fue pionera en señalar que cabía también intervenir en los ambientes hospitalarios donde transcurrían los partos, para convertirlos en espacios más acogedores y cálidos. De la idea de que el ambiente influye de forma contundente en la vivencia del parto es, precisamente, de dónde más tarde, en el siglo XXI, nacería lo que conocemos como la Arquitectura de Maternidades (Parra Casado & Müller, 2017).

Aún con toda la multidimensionalidad con que fue formulado, la escuela rusa consiguió ensamblar un método asequible, cuya sencillez contribuyó a su rápida expansión por todo el territorio ruso, los países de Europa oriental llegando incluso a ser integrado en China (Fernández Fernández-Arroyo, 2013).

d. *La Escuela Francesa*

Cuando el método promovido por la escuela rusa se había convertido en el modelo de atención estándar en todo el territorio de la Unión Soviética, se celebró en 1950 en París el Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología donde Nikolajev participó como ponente con una conferencia en la que habló de los pilares básicos de la psicoprofilaxis rusa; entre el público se hallaba el Dr. Fernand Lamaze, que quedó impactado con lo descrito por Nikolajev (Valle Cohaíla et al., 2006; Martínez de la Riva de la Gándara, 2007; Michaels, 2007; Fernández Fernández-Arroyo, 2013). La psicoprofilaxis rusa despertó en Lamaze una curiosidad intensa que le llevó, un año más tarde, en 1951, a visitar *in situ* a su colega ruso en su clínica de Leningrado, consiguiendo que Nikolajev y su equipo le permitieran realizar una estancia para observar y conocer de cerca el método soviético de asistencia al parto. Con todo lo aprendido, y profundamente convencido de la eficacia de la psicoprofilaxis, Lamaze volvió a Francia con el objetivo de introducirla y expandirla en su país, pero también en otros de Europa del este. Casi sin quererlo, y no por voluntad propia, como veremos más adelante, su método llegó incluso a Estados Unidos, donde la envergadura de su influencia lo hizo convertirse en el modelo de asistencia al parto de referencia hasta la actualidad. Resulta notable que a nivel historiográfico, la clasificación tradicional de escuelas de preparación materna haya aceptado la diferenciación entre la escuela rusa y la escuela francesa en vez de tomarlas como una continuación, y es que en realidad, al repasar la bibliografía, puede comprobarse como muchas y muchos autores o bien desconocen o bien eluden esta estrecha relación entre ambas, no siendo esto algo casual, dada la intencionalidad de este desconexión por razones políticas, que explican el porqué del desconocido origen soviético del famoso Método Lamaze:

> «By 1960, psycoprophylaxis gained a foothold in the US, where, in a effort to distance it from its Soviet roots, the approach was christened the Lamaze Method. As one of some pioneers of psicoprophylaxis in the Us put it, not only was psychoprophylaxis difficult to pronounce, but «Paulov's Method», as some had taken to calling it «was not very good public relations move, given how Americans were feeling about Russians in the late 1950's». (Michaels, 2007, p. 5)

Habiendo entendido en profundidad los mecanismos complejos del parto gracias a la escuela rusa, Lamaze y su círculo de colaboradores potenciaron algunos elementos de la psicoprofilaxis original y, al mismo tiempo, inyectaron otros nuevos, modificando así el modelo ruso e iniciando desde él su propio camino, en los que también influyó el conocimiento de la escuela británica. Las aportaciones nuevas que Lamaze y sus colaboradores realizaron pueden agruparse principalmente en cuatro:

1. En cuanto a las técnicas corporales de atenuación del dolor durante el parto, introdujeron una modificación respecto a la escuela rusa en lo que concierne a la respiración: en vez de promover la respiración profunda, apostaron por un tipo de respiración más acelerada, que creían más eficaz para el mantenimiento de una buena oxigenación durante el proceso del parto. Además de la respiración acelerada, también denominada «indolorizante», vieron gran potencial en la relajación muscular, concibiéndola como una actividad cerebral que

podía ser consciente y educada y, por extensión, aprendida (Valle Cohaíla et al., 2006)

2. La escuela francesa tomó muy en serio la idea de los investigadores rusos sobre que el ambiente era un elemento determinante de una buena experiencia de parto. No solo eso, sino que, además, se dieron cuenta de que un ambiente suficientemente óptimo estaba íntimamente ligado a que todo el equipo asistencial tuviera conocimientos adecuados para este tipo de acompañamiento y la voluntad de contribuir a crear un escenario idóneo que potenciara un parto próspero (Martínez de la Riva de la Gándara, 2007).

3. En relación con el punto anterior, Lamaze y su equipo defendieron la presencia del padre como un hecho que contribuía en positivo a crear ese ambiente buscado, entendiendo que la mujer de parto podía sentirse acompañada de una forma más integral y familiar si contaba con la cercanía de su compañero[19]. Sería precisamente esta idea el punto de partida desde el que más de una década después Robert A. Bradley pensaría su método de preparación al parto enfocado a parejas (véase el siguiente apartado).

4. A pesar de todo lo anterior, fue la recopilación exhaustiva por parte de testimonios de partos de las mujeres como herramienta fundamental, y empleada como evidencia científica, el rasgo más notoriamente novedoso, por su potencial, del método de la escuela francesa. Fueron Pierre Vellay, fiel colaborador de Fernand Lamaze, junto con su esposa Aline Vellay-Dalsace quienes recogieron y publicaron en 1956 trescientos veinte relatos de parto de mujeres que habían hecho uso del método. Como bien señala Michaels (2010), la trascendencia de este acto tuvo su importancia por ser la primera vez que en la biomedicina las experiencias subjetivas, las percepciones y los sentimientos de las mujeres durante sus partos se tomaron en cuenta como una fuente de conocimiento científicamente válido; se inauguraba así el empleo de los datos cualitativos —podríamos decir incluso etnográficos— en el espectro de la investigación médica:

> «[…] Lamaze and Vellay's decision to embrace women's testimonials as both a scientific measure of efficacy and a tool of popular persuasion marks an epistemological shift to inscribing women's words with scientific validity and merit and constitutes a major French innovation to psychoprophylaxis. In doing so, they appear to have been putting into practice the kind of egalitarianism popular about the Leftist staff and patients at Les Bluets, where maternity ward personnel were encouraged to express their opinions irrespective of rank or seniority […]. The solicitations of birth stories extended that sense of equality, comradeship, and collaboration from the medical team to the patients.
>
> […] Birth stories have become an integral and accepted qualitative source for contemporary researchers evaluating the efficacy of a wide range of interventions for obstetric pain relief». (Michaels, 2010, p. 36)

Como se mencionaba unos párrafos atrás, la expansión del método Lamaze en Estados Unidos no tuvo lugar por su propia iniciativa, sino que fueron Marjorie Karmel, y

[19] En este contexto es importante señalar que aquí se hablaba literalmente del padre o del compañero dándose la heteronormatividad por sobrentendida. Es mucho después que la presencia y el rol del acompañamiento se abre a las parejas mujeres (madres no gestantes, en casos de parejas de lesbianas) u otros tipos de acompañantes.

sobre todo Elisabeth Bing, las que se encargaron de tal empresa. Hutter Epstein (2010) recoge la anécdota que daría comienzo a este proceso, cuando Bing, en los años 50, convenció a Karmel, que se encontraba de vacaciones en Francia, de que trajera consigo de forma clandestina la película *Naissance*, en donde podía visionarse en detalle a una mujer alumbrando de forma *natural*. Que Karmel consiguiera introducirla fue menos dificultoso, sin embargo, que encontrar el modo de proyectarla en una Nueva York conservadora que, lejos de considerarla un film documental, la veía como una cinta peligrosamente obscena. Por supuesto, Bing y Karmel lo lograron, y la película se exhibió finalmente en al Mount Sinai Medical Center, eso sí, tras un año entero de insistencia.

Elisabeth Bing, de origen alemán y judío, y exiliada poco después de nacer a causa del estallido de la Primera Guerra Mundial, cursó estudios de Filosofía y Psicología, pero sobre todo fue una de las primeras mujeres en obtener el título moderno —certificado por la Biomedicina— de comadrona en *occidente*. Fue ese el inicio de su sumo interés por conocer las metodologías que se estaban cocinando sobre apaciguamiento del dolor en el parto. Bing conoció el método Lamaze en Francia y se formó en las técnicas propuestas por la escuela francesa. En 1959, Bing había comenzado a enseñar el método Lamaze en Nueva York, lo que produjo que, en 1960, y como explicó Karmel ((1965)) en su conocido libro *Thank you, Dr. Lamaze*, la American Society of Anaesthesiologists la invitara a dar una conferencia para conocer los principios de la escuela francesa y pensar en cómo adoptarlo en Estados Unidos. Este acontecimiento fue, por una parte, un gesto de valoración y reconocimiento por parte de la sociedad médica del momento y, por el otro, el episodio que da por inaugurada la introducción formal del método Lamaze en los Estados Unidos, y que revolucionó bastante rápido la forma de pensar el acompañamiento al parto allí. De hecho, fue ese mismo año de 1960 cuando se creó Lamaze International, siendo Bing, además del propio Lamaze, una de sus principales impulsoras, así como también Karmel, en consorcio con otros profesionales de la salud entre los que se encontraría, más tarde, Robert A. Bradley, uno de los nombres destacables de la siguiente etapa (véase el siguiente apartado sobre las nuevas escuelas de preparación al parto que se dieron entre 1960 y 1980).

En síntesis, si bien es cierto afirmar que el método elaborado por Lamaze y Vellay sería, desde los sesenta, el fundamento principal sobre el que se edificaron el resto de metodologías y propuestas de atención al parto que se impulsaron después y hasta la actualidad (Martínez de la Riva de la Gándara, 2007), es preciso recordar que Bing y Karmel jugaron un papel manifiestamente vital en la difusión del método de la escuela francesa: la primera, porque en su rol de comadrona transmitió, enseñó y formó en el método a muchos profesionales vinculados a la atención al parto y, la segunda, porque dio a conocer las propuestas de Lamaze haciendo difusión sobre ellas en su actividad como escritora, además de documentar su propia experiencia como madre con el método (Karmel, de hecho, había viajado en su momento a Francia para dar a luz en la clínica de Lamaze, y supone un ejemplo icónico, junto con el de Charlotte Carmody —que para su parto viajó a Alemania con el objetivo de que la sedaran—, de un fenómeno también recopilado en el trabajo de campo, y muy vinculado al movimiento social por un parto y un nacimiento dignos, como es el denominado «turismo obstétrico[20]»). Pese a todo, no deja de ser sorprendente que la relación de Lamaze con Bing y Karmel no fuera nunca exactamente estrecha, sino que podría entenderse más bien como una colaboración indirecta, en donde si bien ellas exhibían su

[20] Puede definirse como la práctica de las mujeres embarazadas de trasladarse a otra ciudad, región o país para dar a luz en un lugar o con un equipo sanitario concreto, para asegurarse, en lo posible, de tener las condiciones de parto deseadas. Puede comprenderse como una variante del turismo médico.

compartida admiración por el doctor, no había un interés recíproco ni simétrico entre ellos. Epstein incluso rescata un episodio ilustrativo de ello, y escribe:

> «[…] De hecho Lamaze no tuvo nada que ver con Bing, a pesar de que ella fue quien introdujo su nombre en Estados Unidos (el médico las ignoró a ella y a Karmel durante la única vez que comieron juntos y dirigió todos sus comentarios al ginecólogo que estaba en la mesa).» (Hutter Epstein, 2010, p. 114)

e. *La Escuela Española*

La introducción y desarrollo de la psicoprofilaxis aplicada al parto en España conecta con dos cuestiones dadas en la historia contemporánea del país. La primera de ellas, desde un enfoque más general, está íntimamente ligada a la sombra alargada que supuso la dictadura franquista en casi todos los aspectos de la vida, y las inercias sociopolíticas que dejó establecidas, algunas de las cuales siguen perceptiblemente operando en el presente inmediato. La segunda, más específicamente situada en el campo sociosanitario, e influenciada a su vez por la primera, deja entrever cómo y en qué se concentraban las desavenencias entre matronas y médicos obstetras en este punto de la historia, si bien su controvertida relación se remonta varios siglos atrás, y tiene un eje constante en la problemática sobre el ejercicio de sus correspondientes competencias.

Resulta reseñable que la revisión histórico-bibliográfica sobre las escuelas maternales de autoría extranjera —básicamente *occidentales*— no consideran a la española una escuela en sí misma, siendo las y los autores españoles los que la introducen como tal en sus clasificaciones. Los trabajos recientes de investigación de Amaya García Arregui y de Dolores Ruiz-Berdún, como veremos, resultan totalmente imprescindibles para comprender la historia de la educación maternal y la psicoprofilaxis del parto en el Estado español, y conocer, por extensión, cuál fue su particular contribución (de especial interés para la presente tesis doctoral pues supone el contexto inicial del que bebe el corpus etnográfico recopilado).

Siguiendo lo estudiado por ambas autoras, es posible determinar dos grandes fases en el desarrollo de la educación materna para el parto en el España, y en cada una pueden situarse los tres principales nombres propios para tener en cuenta en esta materia. De hecho, como reseña García Arregui en su tesis doctoral (2019), la propuesta de clasificación pertenece precisamente al tocólogo Ángel Hernández Jiménez, a quien la autora denomina oportunamente como «el primer converso a la psicoprofilaxis» y cuya actividad comprende la primera fase. Después, en la segunda se situarán los contrastados casos de Consuelo Ruiz Vélez-Frías y de Álvaro Aguirre de Cárcer. El punto de inflexión que separa la primera de la segunda fase se sitúa en el discurso que realizó en 1956 Papa Pío XII donde expuso la postura favorable de la Iglesia Católica respecto al uso de la profilaxis por parte de las parturientas y la comunidad médica y que indudablemente supuso el motor de la expansión de la educación maternal para el parto.

La primera etapa, que puede situarse entre 1953 y 1956, corresponde al desarrollo incipiente del método, cuya aplicación se dio más bien clandestinamente y, por extensión, por una pequeña minoría de personas a quienes unía una intensa curiosidad por los métodos psicoprofilácticos con los que se encontraban trabajando sus colegas europeos. Entre todos, sin duda destacaban Ángel Hernández Jiménez y su mujer Colette Maye, a quienes se atribuye, de hecho, haber atendido el primer parto con técnicas propias de la

psicoprofilaxis, el 14 de septiembre de 1953, hecho sucedido más espontáneamente que metódicamente. Eso sí, esta experiencia no surgió como fruto de la casualidad si tomamos en cuenta que, alentados por su tío, el matrimonio Hernández-Maye visitó unos meses antes, durante el periodo estival de aquel mismo año, la Maternité des Bluets, y pudieron ser testimonio del alumbramiento sereno de una mujer, que durante el trabajo de parto hacía uso de la respiración jadeante, y cuya vivencia tranquila, casi placentera del proceso, les dejó considerablemente impactados. De vuelta a España, decidieron poner en práctica el método en el Sanatorio de Santa Alicia preparando a algunas embarazadas con la psicoprofilaxis aprendida junto a Lamaze en des Bluets. Los rumores sobre lo que tenía entre manos el matrimonio se difundieron más pronto que tarde y ello costó a Hernández que el Colegio de Médicos de Madrid le requiriera una comparecencia privada para demandarle explicaciones. Como consecuencia de esta no hubo, sin embargo, represalias, si bien es cierto que se hacía evidente una incomodidad latente por parte de la institución médica que tenía más que ver con cuestiones religiosas y políticas que con las estrictamente médicas (García Arregui, 2019; Ruiz-Berdún, 2022a).

Ángel Hernández Jiménez no era alguien que contara con la mayor de las simpatías por parte del régimen franquista. En aquel contexto, era conocido por tener una postura política con tintes progresista, no en vano su principal mentor, y su tío, era el ginecólogo Vital Aza, quien en los primeros años de la dictadura fue represaliado. La inclinación política de Hernández Jiménez era algo que no quedaba al margen de su práctica profesional: en los años 50, no tenía inconvenientes en proporcionar la píldora anticonceptiva o mostrarse favorable al aborto en ciertas circunstancias concretas, aunque él no realizara el procedimiento de forma directa. Fue, además, alguien próximo al círculo de personalidades vinculadas al Partido Comunista Español, y mantuvo un especial lazo con Jorge Semprún, aunque no fuera nunca un militante especialmente entusiasta. Los recelos de la institución médica del régimen, por supuesto, tenían mucho con ver con que, de algún modo, la psicoprofilaxis y el parto sin dolor ponía en jaque mate lo que sobre esta materia decían los postulados católicos. Pero sin duda, también tenían que ver con que el método psicoprofiláctico, por su entramado origen ruso, se concebía como una práctica propia de comunistas, ateos y gentes de quienes había motivos para desconfiar. A pesar de conocer que algunos médicos y practicantes experimentaban de forma privada en sus clínicas con la psicoprofilaxis, es cierto que tal actividad no fue perseguida ni activamente reprimida, sino que tuvo como respuesta una «resistencia pasiva» y un silencio absoluto al respecto que, por otra parte, tampoco daba lugar a su promoción ni difusión (García Arregui, 2019). En resumen, además de la contrariedad religiosa, el origen soviético de la profilaxis y las inclinaciones políticas de Hernández Jiménez y su círculo próximo influyeron inevitablemente en que el método no tuviera un éxito inmediato en España, como sí lo había tenido en otros países.

Como se mencionó anteriormente, fue el discurso emitido por el Papa Pío XII, en enero de 1956, el acontecimiento clave que permitió que las técnicas de alivio del parto dejaran de verse con recelo por las madres y por la comunidad médica por las dudas morales que planteaba su uso. Cabe recordar que, en la memoria acechaba el recuerdo de que:

> «En las culturas dominadas por la moral católica, y especialmente a partir de la Edad Media, el dolor en el parto se consideró un justo castigo divino para las herederas de Eva, y toda tentativa para remediarlo fue considerado un grave pecado hasta el

> siglo XX. Algunas comadronas que intentaron evitar este dolor desafiaban, por tanto, la voluntad divina, y fueron llevadas a la hoguera acusadas de brujería». (Ruiz-Berdún, 2022b, p. 302)

En su comparecencia, sin embargo, resolvió la duda que sobrevolaba sobre este asunto arguyendo que, existiendo técnicas de alivio del dolor para las embarazadas en el transcurso del parto, estas podían ser utilizadas sin inconveniente dentro del marco médico, siempre y cuando no se convirtiera en una obligación para las parturientas (Ruiz-Berdún, 2022a). Resueltas así las controversias que sobrevolaban sobre la psicoprofilaxis, el discurso del Papa Pío XII supuso el trampolín no solo para estandarizar su uso, sino que a la par inauguró la carrera por el liderazgo de su implementación y promoción que caracterizarían la segunda etapa de su desarrollo en el Estado español.

Resulta interesante señalar que, en España, lejos de ser un proceso aislado, la normalización de las técnicas de alivio del dolor durante el parto se sincronizó en el tiempo con otro de los fenómenos contemporáneos más importantes en el ámbito de la salud procreativa en el país, como fue el cambio de escenario del parto —un cambio considerado tardío en comparación de otros muchos países—, que pasó de ser asistido en casa a pasar a ser generalmente atendido en el ámbito hospitalario. Como referencia García Arregui (2019), este fenómeno fue bautizado por la historiadora Yvonne Knibiehler, de origen francés, como «la gran mudanza» (*«le grand déménagement»*), y la coincidencia en el tiempo con la expansión de la profilaxis no solo no fue una casualidad, sino que la segunda sirvió, de algún modo, como reclamo y acomodación para que las mujeres se acostumbraran a las nuevas formas de asistencia al parto que se estaban inaugurando justo en ese momento en el país.

Otro asunto puntal de la fotografía histórica del momento fue la pérdida de autonomía profesional por parte de las matronas, cuya figura, con la remodelación de las prácticas asistenciales al parto, quedó subordinada no solo a la figura del médico, sino también de tocólogos y practicantes que ahora también estaban en primera línea atendiendo los alumbramientos. La reducción de sus competencias se agravó, además, por unas condiciones laborales francamente perniciosas, en que la dependencia con sus superiores médicos se materializaba en estar a expensas de la voluntad de éstos para ser contratadas o despedidas. Su supeditación, incluso, llegaba a tal punto que, por ejemplo, era común que la jubilación de sus superiores implicara casi irremediablemente para ellas la pérdida de su trabajo y salario, siendo su puesto reemplazado por el propio equipo que traía consigo el nuevo médico titular (Ruiz-Berdún, 2022b). La conocida campaña de descrédito del colectivo de matronas desde los años 50 hasta final del siglo XX, en conjunción con el Real Decreto aprobado en 1953 por el cual se unificaron los estudios de tocólogos, enfermeras y matronas bajo la titulación general de Ayudante Técnico Sanitario y la disolución de su colegio profesional, tuvieron como consecuencia una situación contradictoria: aunque las matronas fueron un colectivo demostradamente fundamental, por ejemplo, en la época del Baby Boom, su prestigio estuvo a mucha distancia de ser reconocido.

> Esta primacía de la partera o matrona sobre la salud reproductiva de la mujer quedó cortocircuitada con la institucionalización de la obstetricia moderna, la creación de escuelas oficiales de matronas y la hospitalización masiva de los partos. (García Arregui, 2019, p. 98)

En este marco, caracterizado por un declive de las condiciones profesionales y la valía del colectivo de comadronas, por una parte, y la consolidación de los ginecólogos y obstetras como las personas de mayor autoridad ahora que los partos tenían lugar en el hospital, por la otra, se sitúan las figuras de Consuelo Ruiz Vélez-Frías y la de Álvaro Aguirre de Cárcer, matrona y médico respectivamente, que si bien suponen las dos personalidades más destacables de esta segunda fase, tuvieron motivaciones, trayectorias y reconocimientos bien distintos.

Consuelo Ruiz se diplomó en la especialidad de matrona tras obtener el título de practicante y, al parecer, ejerció generalmente como comadrona independiente. Las fuentes consultadas señalan que una genuina curiosidad por comprender la función del dolor en el parto y su personalidad marcadamente autodidacta la llevaron a invertir unas vacaciones en viajar a París para aprender todo cuanto pudo del parto sin dolor y lo hizo, además, por partida doble: primero, junto a Lamaze con el método de la psicoprofilaxis y, después, en una maternidad católica donde se atendían los partos bajo una variedad del método de Read y la escuela inglesa. Esta doble formación influiría y definiría, poco tiempo después, en su propia forma de entender y dar a conocer estas técnicas, a medio camino entre la escuela francesa y la inglesa, sin descartar ninguna de las dos, y siendo partidaria de una metodología mixta.

Tras su estancia en Francia para formarse, Consuelo Ruiz volvió a España con el objetivo claro de dar a conocer las estrategias de alivio del dolor a las mujeres y a sus compañeras de profesión, si bien no se encontraría con facilidades ni para lo primero ni, tampoco, para lo segundo. En 1955, en el contexto del Primer Congreso Nacional de Matronas que tuvo lugar en la Ciudad Universitaria de Madrid, Consuelo Ruiz intervino con una ponencia en la que presentaba los preceptos fundamentales de la psicoprofilaxis, algo que nunca antes había hecho de forma pública y en abierto. Ese mismo año, adelantándose al discurso papal que daría luz verde al uso de esta, Consuelo Ruiz publicó *El parto sin dolor*, considerado como el libro inaugural sobre esta materia en España. Dos osadías que, aunque podrían haber hecho de ella la líder natural de la escuela española, le traerían múltiples vicisitudes. Dado el marco histórico del momento, resulta imprescindible tener en cuenta que su posición como mujer y a la vez comadrona la posicionaban a nivel social en un segundo plano en el que sus iniciativas, más que un motor de emprendimiento, fueron tomadas como atrevimientos que estaban fuera de lugar para alguien de su condición (García Arregui, 2019). En el libro coral titulado *Hilando fino. Un viaje en común* publicado por Icaria en 2007 (Balbas Cisneros et al., 2007), que recogía las trayectorias de diversas mujeres vinculadas al ámbito de la salud femenina en el siglo XIX, la propia Consuelo Ruiz, en un texto que salía a la luz dos años después de su muerte, y en el que la autora reunía parte de sus memorias, narraba con su propia pluma que, tras la publicación de su libro, la Sociedad Ginecológica se reunió para discutir qué represalias se le aplicarían, pues que una matrona escribiera y publicara un libro era «como si un asno se pusiera a tocar el piano» (Balbas Cisneros et al., 2007, p. 252). No hubo castigos físicos ni humillaciones demasiado explícitas, tampoco condena a trabajos forzados, no obstante, sí fue sometida a un proceso gradual de censura profesional que, como bien señala Ruíz-Berdún (2022b), guarda grandes similitudes con lo que actualmente se conoce como «la cultura de la cancelación», y en donde el blanco no estuvo dirigido tanto a su papel como matrona sino a su condición política. Y es que años antes de convertirse en comadrona y formarse en los métodos psicoprofilácticos, Consuelo Ruiz, bajo el pseudónimo de Elisa Risco, había pertenecido de

manera bastante activa en la organización del Socorro Rojo Internacional, elaborando escritos e incluso participando en mítines. Así, a su condición de mujer y de matrona, a Consuelo se le sumaba un pasado político vinculado al comunismo, lo que, indudablemente, la convertía en una presencia *non grata*.

Según las fuentes, el 31 de diciembre de 1956, después de recibir un breve pero sentido reconocimiento por su labor y su libro ese mismo año por parte de algunas de sus compañeras matronas y algunos tocólogos, a Consuelo Ruiz la despidieron de su trabajo en el Seguro Obligatorio de Enfermedad. La necesidad de encontrar un nuevo trabajo, y las escasas posibilidades de, que por todo lo ocurrido, pudiera encontrarlo en España, fue la razón principal por la que decidió irse del país a América Latina (García Arregui, 2019). En la revisión que, no obstante, hace de su persona la historiadora Ruiz-Berdún (2022b), apunta a que con mucha probabilidad también debió influir en la decisión de emigrar de Consuelo Ruiz el hecho de que justo en ese año se instruyera el sumario en el Tribunal para la Represión de la Masonería contra Elisa Risco, es decir, ella misma. En definitiva, y a todas luces, parece posible creer que su marcha fue más forzada que voluntaria, y que además de responder a la situación de precariedad laboral en la que se encontraba, seguramente también tuvo su peso la cristalina sospecha de que, si decidía quedarse, sería represaliada.

En 1955, además del de Consuelo Ruiz, se publicó otro libro en el mismo momento, y con el mismo título, pero firmado por Álvaro Aguirre de Cárcer. Parece ser que, a este médico, descendiente de buena familia de médicos, burócratas y militares con lazos de simpatía con el régimen y los propios Franco, el acontecimiento que marcó el inicio de su interés por la psicoprofilaxis fue presenciar el parto de su mujer del que nació su cuarto vástago y ser testimonio de la espesa angustia que los dolores del parto le provocaron a ella, y leer, poco después, un artículo sobre las técnicas de alivio del dolor durante el parto. Un artículo que, según sus propias memorias, sería una epifanía del cambio de rumbo que su vida estaba a punto de dar.

Álvaro Aguirre de Cárcer partió hacia Francia, como tantos otros, para sumergirse en los métodos psicoprofilácticos, con la salvedad de que en su caso pudo hacerlo gracias a una beca. Según recoge García Arregui (2019), su formación allí tuvo dos enclaves principales: el primero fue en Burdeos, junto a la Dra. Rocher, quien le instruyó en un modelo de preparación al parto en el que la gimnasia tenía un lugar central, y que sin duda influyó mucho, tiempo después, en la concepción y práctica que él acabaría teniendo como preparador y, el segundo, en la maternidad des Bluets, en París, junto a Lamaze y su equipo. Pero Aguirre de Cárcer no se convertiría ni mucho menos en un ferviente discípulo de lo que proponía la escuela francesa, pues tuvo desde el principio muchas reservas al respecto que trascendían al contenido en sí del método, y que tenían que ver con su origen soviético, un aspecto que se hacía inevitablemente incómodo para alguien como él. Su distancia con Lamaze lo llevaría, por otra parte, a buscar ampliar sus intereses en la materia en otros emplazamientos, lo que acabó teniendo como resultado su particular gira estival por otras clínicas y hospitales, además de en Francia, en otros países europeos como Suiza, Italia o Bélgica, donde conoció de primera mano otras muchas maneras de plantear la preparación al parto sin dolor. Aunque Aguirre de Cárcer nunca obtuvo el título de obstetra, y por tanto su papel se limitó a preparar a las mujeres, pero no a asistirlas, bien es cierto también que se formó en otros campos distintos, pero a la vez circundantes, al de la psicoprofilaxis como, por ejemplo, el Psicoanálisis o la Sofrología. Dentro de la escuela española, en suma, su formación variada y transdisciplinar le supone un rasgo particularmente característico.

Su visión de la preparación al parto quedó recogida en el libro *El parto sin dolor* que, como ya se mencionó anteriormente, además de llamarse del mismo modo que el de Consuelo Ruíz, también se publicó el mismo año, en 1955. La comadrona e historiadora Ruíz-Berdún (2022b), tras examinar los itinerarios de ambas publicaciones, confirma la existencia de evidencias suficientes como para poder asegurar que fue el libro de Consuelo Ruiz el que primeramente se publicó. Por un lado, porque la matrona ya había hablado de su contenido en el Primer Congreso Nacional de Matronas de 1955, y había encontrado la forma de que quisieran publicarlo, siendo este un proceso más dilatado y anterior en el tiempo al de Ángel Aguirre de Cárcer, cuyo libro, en contraste, fue una autoedición cuya solicitud llegó tan solo dos días más tarde que la de Consuelo Ruiz, bajo la petición de que se trataba de un asunto, literalmente, muy urgente.

Las investigadoras que han trabajado por esclarecer los entresijos del desarrollo de la escuela maternal española señalan las enormes diferencias que existían entre el libro de la matrona y el del médico, aun cuando las influencias y fuentes eran prácticamente las mismas. El modelo ideado por Álvaro Aguirre de Cárcer, por ejemplo, daba una importancia fundamental a la gimnasia preparto, mientras que Consuelo Ruiz se mostraba abiertamente contraria a la preparación física al parto, menos aún planteada como una suerte de entrenamiento que, para la comadrona, guardaba demasiadas semejanzas con la instrucción militar. Además de la distancia entre sus concepciones sobre la materia, también existía una palpable diferencia en cuanto a la audiencia a la que cada uno de los autores pretendía interpelar: Consuelo Ruiz pensó en un libro dirigido a dar a conocer la psicoprofilaxis a las mujeres y democratizar, de algún modo, su uso para toda la ciudadanía femenina, mientras que Álvaro Aguirre de Cárcer escribió un ítem orientado a la comunidad médica (García Arregui, 2019; Ruiz-Berdún, 2022a).

Pero probablemente la cuestión más distintiva entre las concepciones de ambos autores yacía en que mientras que la propuesta de Consuelo Ruiz tenía una voluntad explícita de mitigar el trance del parto y crear una experiencia distinta desde un enfoque de solidaridad y cuidado entre mujeres, lo que más atrajo a Álvaro Aguirre de Cárcer de la psicoprofilaxis fue hallar en ella un canal para reconducir las conductas poco adecuadas que las mujeres mostraban cuando eran poseídas por los dolores del parto, y que se salían por mucho del ideal de cómo debía comportarse una fémina en los tiempos de la dictadura, más aún cuando el parto ya había dejado de tener lugar en un escenario de intimidad como la casa para darse en un escenario público como el del hospital. Como resultado de su investigación doctoral sobre esta materia, de hecho, García Arregui (2019) acabó corroborando su principal hipótesis, según la cual, más allá de la eficacia de las estrategias de alivio del dolor en el parto, la introducción de la psicoprofilaxis en España fue empleada como excusa para el adiestramiento de las mujeres y la consolidación del ideario maternal buscado por el régimen franquista, siendo Aguirre de Cárcer el principal visionario y patrocinador de su consolidación.

Aunque es cierto que en un principio los libros de ambos autores cosecharon su respectiva popularidad, cabe tomar en cuenta también que la suma de acontecimientos, entre el discurso papal y el exilio de Consuelo Ruiz en 1956, abrió una ventana de oportunidad realmente óptima para que Aguirre de Cárcer se convirtiera en la figura de liderazgo en la instauración de la preparación psicoprofiláctica al parto en la España del Franquismo: la potencial competencia, sencillamente, había desaparecido. A su afinidad política con el régimen, que le colocaba en un estatus de persona confiable que podía contar con el favor del círculo social franquista, se añadió que el médico supo jugar bien sus cartas

y diseñar una estrategia de expansión de su propuesta aplicando en su objetivo nociones similares a las que se emplean en el ámbito del desarrollo empresarial, en donde fue especialmente acertado por su parte poner énfasis en unas sólidas y efectivas campañas de promoción. Su posición profesional, y el hecho de ser alguien reconocido dentro la comunidad médica, también influyó definitivamente en que la preparación al parto se consolidara como una actividad que legítimamente debían liderar los médicos. Este giro permitió que, a pesar del efervescente interés que experimentó la psicoprofilaxis entre sanitarios de todo tipo tras la luz verde otorgada por el Papa Pío XII, fueran los médicos quienes se erigiesen con su monopolio, encumbrando su autoridad frente a otros colectivos sanitarios, y masculinizando un campo que hasta ese momento había sido exclusivo de las mujeres y las comadronas. Su mandato en la instauración de la psicoprofilaxis, sumado a la popularización del empleo de instrumentos ginecológicos como los fórceps, les encumbró a mucha distancia de las matronas, cuyo rol quedó del todo supeditado (Ruiz-Berdún, 2022b). Es importante señalar, no obstante, que lejos de conformarse, hubo voces y movimientos de resistencia por parte de las matronas, que nunca dejaron que se les usurpara del todo una labor que seguían considerando propia de sus competencias, y por una actividad, la preparación al parto, que desde Consuelo Ruiz tuvo foco y cabida de manera repetitiva en prácticamente todos los congresos que se celebraron de matronas.

Esta suma de casuísticas convergieron en que Álvaro Aguirre de Cárcer se convirtiera en una persona bastante mediática en aquella época y tuviera en sus manos el control privado de lo que acabó denominando su Programa de Educación Maternal, en una suerte de giro conceptual que se alejaba de los preceptos de la psicoprofilaxis originales y al mismo tiempo encajaba mejor con su idea de que la preparación al parto debía conseguir, sobre todo, poner a las mujeres en armonía con la maternidad como destino, y asegurar así, en un contexto político claramente natalista, que se daban las condiciones adecuadas para el ascenso demográfico. En los sesenta, el médico patentó su modelo quedando bautizado como «Método Aguirre de Cárcer» o «Educación Maternal» y desde entonces, este empezó a expandirse desde el ámbito particular a centros e instituciones de atención a la salud. La presencia gradual del modelo carceriano se fue extendiendo por el territorio y eso contribuyó a que el suyo fuera cada vez más entendido como el modelo global a seguir. Y, de hecho, cuando en los años ochenta desde la Seguridad Social se empieza a plantear la posibilidad de incluir la educación maternal en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud —algo que acabaría materializándose el año 1986— (Fernández Fernández-Arroyo, 2013) si bien cabía definir el cómo, en lo que no hubo lugar a dudas fue en que el método adoptado sería el de Aguirre de Cárcer. Con todo, no es de extrañar que acabara encumbrándose como el máximo exponente de la introducción de la educación maternal en España.

> «Si Ángel Hernández Jiménez y Consuelo Ruiz Vélez-Frías representaron la faceta antisistema del método psicoprofiláctico, uno por su fidelidad hacia el modelo franco-soviético originario y otra por su condición de subalterna y su ímpetu feminista, la historia de Álvaro Aguirre de Cárcer refleja al contrario el fulgor de los mecanismos de poder de la sociedad franquista. […] Aguirre de Cárcer nació blindado para el éxito, en su familia y entorno profesional no se dejaba caer a nadie. Y ello influyó, sin duda y de múltiples maneras, en su consolidación como el preparador español de mayor renombre en la segunda mitad del siglo pasado.» (García Arregui, 2019, p. 112)

La revisión histórica de las escuelas clásicas en las que surgieron los fundamentos principales de la preparación antenatal muestra que, si bien fueron mayoritariamente lideradas por hombres vinculados a profesiones sanitarias, sus esposas, asistentes y seguidoras, a menudo rezagadas a un segundo o tercer plano, tuvieron un papel fundamental y decisivo en la consolidación de estos modelos.

3.1.3 Las «Nuevas Escuelas» de educación prenatal (1960-2000)

Si a lo largo de la primera mitad del siglo XX se establecieron las bases de las escuelas clásicas de preparación al parto, desde los años sesenta y hasta finales de siglo, se abrió un periodo caracterizado por el surgimiento de nuevos modelos que, bebiendo de las anteriores, realizaron nuevas propuestas e interpretaciones. En el siguiente apartado se realiza un recorrido por aquellos más reseñables. En general, como en la sección anterior, se ha seguido la clasificación propuesta por Matilde Fernández(2013), si bien la inclusión en este inventario de la escuela de Ina May Gaskin es una aportación propia añadida que responde a la certeza de que, por su gran repercusión y alcance para el movimiento global por el parto y el nacimiento digno, era necesario que quedara recogida.

f. *La contra escuela norteamericana: Ina May Gaskin y la creación de The Farm*

En 1970, un grupo de aproximadamente doscientas personas partió desde San Francisco a bordo de una hilera de autobuses escolares convertidos en casas ambulantes. Eran los años álgidos de la cultura hippie y su intención era buscar un lugar donde establecer una forma distinta de entender y organizar la vida de acuerdo con los principios del pacifismo, la libertad sexual, la convivencia en comunidad y el cultivo individual y colectivo de la espiritualidad. La caravana de autobuses se acabó estableciendo en una gran área en el sur de los Estados Unidos, concretamente en Summertown, Tennessee. Si bien los asentamientos de vida comunitaria fueron múltiples en la época, existía cierta peculiaridad en aquella que tenía que ver con que un grupo de comadronas, encabezadas por Ina May Gaskin, tenían el claro objetivo de ofrecer un entorno en el que recuperar los saberes y conocimientos propios de la partería tradicional. Fue así como tan solo un año más tarde, se inauguró *The Farm* (La Granja), un centro de comadronas que se convertiría en el centro neurálgico y más identitario de aquella comunidad hippie. No solo eso: el corpus de conocimientos que desarrolló aquel grupo de comadronas y su manera particular de concebir y atender el parto y el nacimiento acabó convirtiéndose, por una parte, en un atractivo para familias, algo que influyó mucho en que la comunidad creciera hasta sumar, de forma permanente, a mil doscientas personas. Y, por la otra, en un centro de saber al que acudían jóvenes comadronas venidas de muy distintas partes del mundo para empaparse de sus conocimientos, así como mujeres que, aunque no vivían en la comunidad, sí que se trasladaban temporalmente allí para alumbrar a sus bebés de una forma afín a sus ideales fuera de las lógicas de los hospitales.

Ina May Gaskin y sus compañeras ejercieron un tipo de partería que aunaba un amplio y profundo conocimiento de la fisiología del parto: fueron especialmente reconocidas por sus exitosas técnicas para atender, además de partos normales, partos múltiples (gemelares y de trillizos) e incluso partos de nalgas, con una bajísima

intervención, morbilidad y mortalidad[21]. En obstetricia, la conocida «maniobra de Gaskin» debe precisamente el nombre a Ina May Gaskin, quien la perfeccionó en *The Farm*, y consiste en una técnica no invasiva para asistir partos con distocia de hombros aprovechando la gravedad y la biomecánica del cuerpo materno.

Además de lo anterior, las comadronas de La Granja recuperaron y fomentaron la dimensión más espiritual y ancestral de su oficio, lo que quedó patentado en el libro que publicó en (1975b) la propia Ina May Gaskin, titulado *Spiritual Midwifery*. En su forma peculiar de concebir la partería, además, la intuición de la comadrona fue comprendida también como un aspecto primordial, aunque a menudo subestimado, para el desarrollo de la profesión, algo que acabaría plasmando en su célebre artículo «Intuition and the emergence of midwifery as authoritative knowledge» (Gaskin, 1996); una cuestión, la de la intuición, que sería recuperado por Robbie Davis Floyd e inspiraría parte de sus investigaciones en el campo de la antropología del parto (Davis-Floyd, 1996; Davis-Floyd & Davis, 1996).

The Farm Midwifery Center continúa existiendo y en funcionamiento en la actualidad. En 2012, vio a la luz el documental *Birth Story: Ina May Gaskin & The Farm Midwifes* (Lamm & Wigmore, 2012) y, en Barcelona, las principales asociaciones y espacios de activismo por un parto y nacimiento dignos ofrecieron visualizaciones y debates de la película. En 2016, la editorial Capitan Swing publicó la versión traducida en español del libro *Guía del nacimiento* (Gaskin, 2016), en donde Ina May Gaskin hacía un recopilatorio de sus experiencias durante más de tres décadas en La Granja[22].

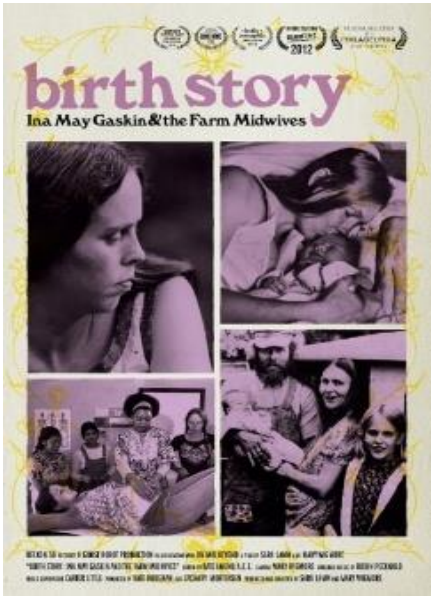


Imagen 8. Cartel de la película documental «Birth Story: Ina may Gaskin & The Farm Midwifes».

[21] En el artículo «The Safety of Home Birth: The Farm Study», publicado en 1992 por A. Mark Durand en la revista *American Journal of Public Health* se recopilaban estas estadísticas (Duran, 1992)

[22] Agradezco afectuosamente a Mercedes Bogino que me regalara y enviara por correo postal una copia del libro en cuanto se publicó, a sabiendas de que era un ítem importante para mi investigación doctoral.

g. *La evolución del método Lamaze en Estados Unidos*

Tras su rápida expansión en Estados Unidos, la escuela francesa de Lamaze experimentó su total consolidación y en las décadas posteriores a los años sesenta evolucionó de distintas formas inspirando la creación de instituciones de largo y sólido recorrido que, en el presente, continúan en activo. Son especialmente destacables dos de ellas: por un lado, Lamaze International y, por otra, la International Childbirth Educators Association (ICEA), que, aunque surgieron de la misma fuente, presentan algunas diferencias en sus respectivas trayectorias.

En 1960 Lamaze International fue fundada por Elisabeth Bing y Marjorie Karmel, quienes, como se mencionaba en el apartado anterior, fueron quienes introdujeron el método de la escuela francesa en Estados Unidos. La institución, emplazada en Washington, ha servido desde entonces como sistema de protección del método, si bien es cierto que ha ido incluyendo las novedades más relevantes de los avances científicos en materia de salud procreativa. Actualmente es el único lugar en Estados Unidos que cuenta con la certificación oficial del método Lamaze (*Lamaze International*, s. f.).

En el mismo año, un grupo de profesionales sanitarios y preparadores para el parto se unió para crear la International Childbirth Educators Association (ICEA), cuya principal misión era la de promover la educación maternal, así como la toma de decisiones suficientemente informadas por parte de las mujeres en sus procesos de embarazo, parto y posparto (Fernández Fernández-Arroyo, 2013). Por bien que el método francés estuvo en el núcleo de su creación, en las siguientes décadas integró otras metodologías, decantándose por ofrecer una visión de la preparación al parto más amplia y flexible, que recogiera las virtudes de otras escuelas y corrientes. En la actualidad, de hecho, no solo ofrece formaciones con certificación propia para la preparación al parto, sino que en su cartera de servicios también incluye otras como la de doula (*International Childbirth Educators Association*, s. f.).

h. *Robert Bradley y la participación del padre en el parto fisiológico*

En 1965, el obstetra norteamericano Robert Bradley publicó el libro *Husband-Coached Chilbirth*, en donde defendía la tesis de que el padre y pareja de la embarazada era la persona a quien correspondía velar por su acompañamiento y por un ambiente adecuado y amable en el que pudiera discurrir el proceso de alumbramiento (Fernández Fernández-Arroyo, 2013). Influenciado por la escuela inglesa con Disk-Read y por la escuela francesa con Lamaze, Bradley apostaba por que los padres devinieran una presencia activa tanto en la preparación al parto como en la fase de dilatación, parto y posparto para sus mujeres. El método que desarrollaba en su libro proponía un entrenamiento para los maridos que consistiera en conocer los requisitos ambientales para un parto fisiológico, que para Bradley podían resumirse en seis: oscuridad y soledad, calma, confort físico durante el primer estadio del parto, relajación física, control de la respiración y necesidad de ojos cerrados y apariencia similar la sueño. Además, se las proporcionaba toda clase de conocimientos para que, llegado el momento, pudieran actuar de guías para sus parejas, por ejemplo, con el control de la respiración. Si bien en aquel momento había corrientes para las que el uso de la psicoprofilaxis era compatible con el uso de la anestesia, algo que caracterizó el método Bradley fue su postura, un poco más estricta en cuanto a esto, siendo un defensor

convencido de las bondades del parto fisiológico. El obstetra apuntaba a que la aceptación del dolor y la conexión mente-cuerpo por parte de la mujer gestante, junto con la unión de la pareja compartiendo una misma visión del parto, eran elementos esenciales para conseguir esquivar las intervenciones. Con todo, su programa de preparación al parto durante doce semanas aportó, respecto a otras escuelas y propuestas, la novedad de no estar concebida exclusivamente para las mujeres embarazadas, sino que era una formación dirigida para la pareja, en tándem (Bradley et al., 2008; Walker et al., 2009).

i. *Nancy Bardacake y la introducción del mindfullness en la preparación al parto*

En los años setenta, el biólogo molecular Jon Kabat-Zinn y su equipo de investigadores desarrollaron, en la Universidad de Massachussets, en Estados Unidos, un programa que aunaba la técnica de meditación conocida como *mindfullness* con el campo de la psicología y la medicina, lo que tuvo como resultado el denominado método *Mindfullness-Based Stress Reduction*, cuya principal razón de ser era la reducción del estrés y, por extensión, aumentar la sensación de bienestar en las personas (Fernández Fernández-Arroyo, 2013). El trabajo de Kabat-Zinn debe considerarse, de hecho, como un canal de entrada esencial de esta técnica contemplativa, propia de la tradición budista Vipassana, en las sociedades occidentales, y que básicamente consiste en intentar enfocar la atención plena en el presente inmediato y la observación neutra, sin juicio, de los propios pensamientos por vía de la meditación.

Dos décadas más tarde, en los noventa, Nancy Bardacke, comadrona, preparadora al parto certificada y profesora de medicina integrativa en la Universidad de California, que contaba, además, con una larga trayectoria como practicante de meditación a nivel personal, cursó una formación sobre *mindfullness* pensada para profesionales sanitarios que impartió el propio Kabat-Zinn. La experiencia fue suficientemente positiva como para que alrededor de 1998 presentara una adaptación del método del biólogo molecular a la preparación al parto. Así es como vio la luz lo que más tarde se conocería como el *Minfullness-Based Childbirth and Parenting* (MBCP), un programa de psicoprofilaxis que fomentaba la práctica habitual de yoga y meditación para las mujeres embarazadas y sus parejas, con el objetivo de transitar mejor el proceso de alumbramiento y los claroscuros posteriores del posparto y la crianza (Walker et al., 2009).

(*Centering Health Institute*, s. f.)(*Centering Health Institute*, s. f.)(*Centering Health Institute*, s. f.)(*Centering Health Institute*, s. f.)(*Centering Health Institute*, s. f.)(*Centering Health Institute*, s. f.)Con el paso del tiempo, el método *Minfullness-Based Childbirth and Parenting* de Bardacke evolucionó e inspiró lo que actualmente se conoce como el *CenteringPregnancy*, un modelo que plantea una preparación al parto colectiva, reuniendo a grupos de embarazadas con fechas probables de parto similares a quienes se les aporta información orientativa sobre el embarazo, el parto, el posparto y cuidados perinatales, ambicionando que la experiencia común de este proceso cree lazos de afinidad y sintonía entre las mujeres del grupo y los profesionales sanitarios (*Centering Health Institute*, s. f.). Resulta oportuno señalar aquí que, en términos generales, este planteamiento de preparación al parto fue el más común en los escenarios etnográficos de la presente tesis doctoral.

j. *Sheila Kitzinger, Janet Balaskas y el Movimiento por un Parto Activo*

En el Reino Unido, pero no únicamente, en la década de los setenta comenzó a popularizarse la figura de la antropóloga Sheila Kitzinger, una de las voces activistas de mayor recorrido e influencia en el movimiento global por la dignificación del parto. Kitzinger puso el foco de sus investigaciones y sus trabajos en la sabiduría del cuerpo materno a la hora de parir y en el derecho de las madres a elegir cómo deseaban dar a luz (Fernández Fernández-Arroyo, 2013), mostrándose, a la par, abiertamente crítica con los procedimientos que la instauración del parto hospitalario había traído consigo como las inducciones, la posición horizontal de la gestante beneficiando la comodidad del personal sanitario, la falta de movimiento, les episiotomías y las cesáreas. Por extensión, mantuvo un sólido posicionamiento en cuanto a que la atención más adecuada para mujeres con gestaciones de bajo riesgo era o bien el parto en casa atendido por comadronas especializadas o bien los *birth centers* o centros de nacimiento, una fórmula que surgió precisamente en los setenta en Reino Unido y Estados Unidos, y que eran una opción a medio camino entre el parto en casa y el hospitalario: eran centros clínicos generalmente independientes físicamente a los hospitales, pero cercanos al mismo tiempo, liderados por comadronas, cuyo interior buscaba recrear las condiciones de un ambiente hogareño. Entre su profusa obra literaria en el campo de la Antropología del Parto, las convicciones de Kitzinger sobre todas estas cuestiones quedaron recopiladas en su libro *Birth your way: choosing birth at home or in a Birth Center*, publicado en 1991.

En su faceta de antropóloga implicada, Sheila Kitzinger fue también una férrea defensora de lo que en aquella época se consolidó como el *Active Birth Movement*. Según recoge la BBC News (Bowes, 2012) en su archivo digital, en los ochenta tuvo lugar en el Royal Free Hospital de Hampstead, en el norte de Londres, un episodio en el cual una mujer embarazada manifestó su intenso deseo de parir en cuadrupedia —apoyándose con manos y rodillas boca abajo—, pero ante su insistencia, el equipo de comadronas le presentó un documento de conformidad por el cual las evadía de toda responsabilidad, puesto que en el contexto hospitalario del Reino Unido de la época tan solo la postura recostada sobre la espalda, estirada en una camilla, era la única recomendada. Este gesto por parte del equipo médico que la atendía acabó provocando que la gestante dejara a un lado su voluntad y accediera a dar a luz en posición de litotomía (recostada). Cuando el hecho trascendió, se alzaron distintas voces profundamente críticas con el tipo de atención al parto dado por el hospital, siendo la de la preparadora antenatal Janet Balaskas una de las más influyentes. Balaskas, con largo recorrido como *coach* de parto y que también abogó por la integración del yoga en los programas de educación maternal, llevaba un tiempo reportando un creciente malestar por parte de las madres con quienes trabajaba y el ascenso de experiencias negativas en el parto que vivenciaban en las salas de parto de los hospitales. Janet Balaskas consideraba que, a menos que existieran riesgos razonables, la mujer embarazada no solo debía poder parir en la posición que le fuera óptima con el fin de disminuir el riesgo de intervención, instrumentalización y medicalización, sino que, además, estaba firmemente convencida de que ello debía considerarse como un derecho. Ante el cuadro de circunstancias, Janet Balaskas, con el apoyo activo de Sheila Kitzinger entre otras personalidades destacables, lideró la organización de una manifestación el 4 de abril de 1982 en la misma localidad del hospital donde habían tenido lugar los hechos, en Hampstead, y que consiguió congregar a más de seis mil personas en una marcha histórica que se conoce como el *Birth Rights Rally*.

De esta suma de acontecimientos Janet Balaskas acabaría escribiendo uno de los textos puntales para este movimiento: el *Active Birth Manifesto*. Publicado el mismo año de la manifestación, y revisado por la autora años después en 2001, el manifiesto expone los principales puntos requeridos para un «parto activo», un concepto empleado por Balaskas de forma nada azarosa y que suponía toda una declaración de intenciones ante la posición inerte y nada participativa que las gestantes tenían en los partos hospitalarios. A lo largo de catorce puntos, el documento recoge valores, principios y buenas prácticas para una atención del parto en que la mujer gestante pueda tener el derecho de tomar las decisiones informadas que más la beneficien, según su propio criterio. La libertad de movimientos, el derecho de cada mujer a escoger la postura más idónea para alumbrar (fuera cual fuera), las desventajas demostradas de las intervenciones sin justificación de riesgo real, la presencia de la pareja, la relación estrecha con el equipo asistencial y la importancia de un ambiente suficientemente favorable, así como el parto entendido como un episodio trascendental en la vida de las mujeres, eran algunas de las cuestiones en las que se ponía especial énfasis (Al-Gailani, 2018; Balaskas, 1982; Fernández Fernández-Arroyo, 2013). En 1983, Janet Balaskas recogería todo su pensamiento sobre el parto activo en el libro *Active birth: the new approach to giving birth naturally* (1992).

Standing up for birth rights

Jane Feinmann reports on a movement that looks set to make obstetricians reconsider their procedures in the delivery room

SHEFFIELD Health Authority has booked a bus to send its obstetric department down to London to attend the first International Conference on Active Birth on Saturday.

The Sheffield contingent is only one of several health authority groups travelling to the Wembley Conference Centre – along with hundreds of midwives and dozens of GPs and obstetricians – to learn about one of the swiftest

don, the foundations laid by Leboyer and Sheila Kitzinger, and by himself with National Childbirth Trust teacher, Janet Balaskas, who with her husband Arthur pioneered active childbirth

"unbelievable" interest.

Janet Balaskas, who is organising the Wembley Conference, found that after the initial announcement in August, applications poured in – and continue to

with Professor Ian Craft, of the Royal Free Hospital until he resigned, apparently partly over the row about active birth, being selected as the chief bogey man by the active childbirthers.

But that, too, looks like changing. Last week, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists confirmed its approval of the trend towards active childbirth – or at least "accommodating the pregnant woman's

Imagen 9. Recorte de prensa del diario *Medical News* que recogía la noticia del *Birth Rights Rally*.
Imagen 10. Fotografía de la manifestación del 4 de abril de 1982 a favor del parto activo.

k. *Michel Odent y la salud primaria*

Una de las personas que participó en el *Birth Right Rally* invitado por Janet Balaskas para dar un breve discurso fue precisamente el obstetra francés Michel Odent, quien en la época también se estaba consolidando como una figura de referencia para el movimiento por el parto y el nacimiento dignos. Con una postura abiertamente afín a las reivindicaciones de compañeras como Gaskin, Kitzinger o Balaskas, y más allá de apoyar el derecho de cada mujer a decidir sobre cómo dar a luz, sus contribuciones particulares siguieron dos líneas distintas, pero paralelas, relacionadas entre sí.

Por un lado, Michel Odent tuvo especial interés en investigar la relación entre la situación emocional de la madre durante el parto, así como el impacto que las diferentes maneras de nacer tienen en la psique de las personas. A raíz de lo anterior, descubrió que el parto fisiológico, en un ambiente calmado, contribuía a unos índices de salud generales más altos, mientras que los bebés nacidos por inducciones, instrumentalizaciones o cesáreas no justificadas médicamente, así como también de procesos de parto muy medicalizados, mostraban estrés y mayores dificultades, por ejemplo, en el establecimiento de la lactancia

materna. En esta línea, Odent estudió a fondo la importancia de las primeras horas del recién nacido para su salud y su personalidad. Esta fue la razón por la que, por otro lado, se convirtió en uno de los defensores más apasionados del parto en el agua, entendiendo que al darse la continuidad entre el ambiente líquido en el que se gestan los bebés dentro del vientre materno y el entorno en el que es recibido en una bañera o pequeña piscina, los bebés tienen un tránsito más postergado y amable al llegar al mundo, y que eso contribuye positivamente a su salud futura, tanto desde el punto de vista físico como el psíquico. Y por ello, el obstetra fue uno de los más reconocidos pioneros en la introducción de bañeras o piscinas en las salas de parto (Fernández Fernández-Arroyo, 2013) . Además de lo anterior, Michelle Odent también insistió en recalcar el papel tan relevante que las hormonas, y específicamente la oxitocina y las endorfinas, tienen en que un parto fisiológico discurra con éxito.

Michel Odent sintetizó el objeto de todas sus investigaciones en lo que denominó *primal health* (salud primaria), que definió como todo tipo de estudio que explora las correlaciones entre el periodo primal —que situaba desde la vida fetal hasta los primeros años de la infancia— y la salud y personalidad manifestadas después a lo largo de la trayectoria vital. El obstetra francés, autor de un abundante volumen de publicaciones y artículos científicos en los que ha ido recopilando los avances de su trabajo, acabó creando el *Primal Health Research Center* en Londres y entre sus numerosas obras el libro *Primal Health: Understanding the critical period between conception and the first birthday* ([1986] 2012), recoge las nociones principales en las que focalizó sus investigaciones.

Michel Odent, que pese a su avanzada edad sigue en activo, ha trabajado durante una gran parte de su carrera mano a mano con su mujer, Liliana Lammers, con una larga y sólida trayectoria a sus espaldas como doula y acompañante de mujeres en sus procesos de embarazo, parto y posparto. El tándem de Michel Odent y Liliana Lummers, más allá de su productivo recorrido conjunto, simboliza de algún modo también que el trabajo de los obstetras y las doulas es un engranaje no solo posible sino de alto potencial. Resulta relevante señalar, además, que Michel Odent y Liliana Lummers continúan visitando anualmente Barcelona para impartir diversas sesiones en formaciones para doulas.

l. *Marie Mickey y el método Mongan o Hipnoparto*

En los años noventa, el método Mongan, más conocido como Hipnoparto, es introducido por Marie Mickey. No obstante, como reseña Walker (2009), cabe situar sus orígenes bastantes años atrás, en los cincuenta, cuando después de formarse en el uso de técnicas de hipnosis, Marie Mickey leyó el célebre libro *Birth without fear* de Grantly Dick-Read y se dio cuenta de las estrechas conexiones entre el modelo propuesto por el obstetra francés y los fundamentos de la hipnosis, lo que la llevaría a hacer uso de la hipnosis en los partos de sus cuatro hijos, como método principal para atravesar el dolor. Tomando como punto de partida su propia experiencia personal, Mickey fue definiendo su método partiendo de la idea de que las mujeres tienen el poder de utilizar en su favor sus propios instintos naturales para conseguir una buena experiencia en sus partos, pensando así a la gestante como alguien dotada de recursos que participa de forma activa en su proceso (Fernández Fernández-Arroyo, 2013). En esta línea, el modelo Mongan no trató de imitar las estrategias del parto sin dolor, sino que más bien apostó por una propuesta en donde el aprendizaje de la relajación profunda, la visualización y la autohipnosis eran centrales, además de integrar una cuidadosa mirada sobre el lenguaje, previamente seleccionado para

estar en consonancia con la búsqueda de la relajación y el estado de trance; refería, por ejemplo, a las contracciones como olas para potenciar la visualización rítmica de las mismas (Walker et al., 2009).

m. *Pam England: el método Birthing from within*

Como Mickey, Pam England desarrolló un modelo de preparación al parto a partir de sus propias experiencias, si bien su caso tiene la particularidad de que estuvo generado por unas circunstancias del todo inesperadas. Pam England trabajaba como comadrona independiente y se dedicaba a asistir partos en el hogar. Por esta razón, cuando se quedó embarazada por primera vez en el año 1982, no había cabida en sus planes ninguna otra opción que la de parir en su propia casa, sobre todo teniendo en cuenta su trayectoria como comadrona en este tipo de partos en concreto y sus conocimientos en la atención del parto fisiológico. Pero tras intentar todo cuanto conocía como comadrona sin obtener resultados, ocurrió lo impensable: no solo tuvo que ser trasladada al hospital, sino que, además, tuvo que ser sometida a una cesárea. El profundo impacto que este hecho inesperado causó en ella la llevó a preguntarse qué hubiera necesito saber, más allá de sus conocimientos técnicos y clínicos, como mujer que iba a convertirse en madre, y no como comadrona, para afrontar el parto en un marco cultural en que este estaba altamente medicalizado(Walker et al., 2009). Y así, de esa semilla de pensamiento surgiría un modelo cuyo principal rasgo distintivo fue el de tener una mirada holística de la experiencia de dar a luz.

England se dio cuenta de que los modelos de preparación a la maternidad existentes se aproximaban al parto desde el exterior, en el sentido de que las futuras madres y sus parejas aprendían de profesionales sanitarios cuestiones como la fisiología del parto, las posibles complicaciones que se pueden dar durante la dilatación o el alumbramiento, o los procedimientos hospitalarios de atención al parto. Según su criterio, era necesario cambiar este enfoque y acercarse al parto como una experiencia íntima y desde el punto de vista de la madre, y abordarlo así desde dentro, lo que desde su punto de vista motivaba a las mujeres a tomar las riendas y responsabilizarse de hallar el modo más propicio para dar a luz a sus criaturas (Fernández Fernández-Arroyo, 2013).

3.2 Penetración y evolución institucional (1985-2020)

La revisión histórica de las escuelas clásicas de preparación al parto, primero, así como de su evolución en numerosos nuevos modelos, después, muestra un panorama del siglo XX en el que si algo es posible afirmar es que las condiciones en las que se producen los partos y los nacimientos, lejos de ser un asunto caducado, captaron un ferviente interés, por razones múltiples y diferentes, en diversas capas del tejido social. Desde finales de siglo hasta las dos primeras décadas del nuevo siglo XXI puede constatarse que esta dinámica ha continuado avanzando, con la particularidad de que la intensificación de las reivindicaciones ha ido consolidando un movimiento social a favor del parto y el nacimiento dignos, que opera a doble escala: está presente y activo en muchos puntos locales diferentes del plantea, con sus propias especificidades, pero al mismo tiempo se ha convertido en un movimiento global con componentes ideológicos comunes, sobre todo, pero no únicamente, en las *sociedades occidentales*.

Desde los años ochenta hasta la actualidad, los movimientos sociales que abogan por el cumplimiento de los derechos de las mujeres en el parto y por introducir mejoras en la atención obstétrica, han visto como la insistencia en sus demandas comenzaban a penetrar lentamente en algunas instituciones. El presente apartado realiza un repaso de cómo las reivindicaciones se fueron trasladando e integrando de manera gradual en el ámbito institucional en este periodo, y expone los hechos, al mismo tiempo, presentándolos de forma cronológica, por un lado, y desde tres niveles, por la otra, como son el contexto internacional, el contexto estatal español y el contexto autonómico catalán, para aportar así un panorama integral que pueda tomarse como marco de la investigación etnográfica.

3.2.1 El contexto internacional

Probablemente, uno de los hitos más fundamentales que cabe reseñar a nivel internacional en lo que respecta al asunto que nos ocupa, fue la Declaración de Fortaleza, publicada en *The Lancet* en 1985, como resultado de una conferencia promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que tuvo lugar en abril de ese mismo año, en la ciudad de Fortaleza, en Brasil. La conferencia congregó a medio centenar de participantes venidos de campos profesionales múltiples, entre los que se encontraban comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas y gestores sanitarios especializados, además de algunas madres. El propósito principal era el de acordar unas recomendaciones generales para la asistencia al parto que estuvieran apoyadas en los resultados de las más recientes investigaciones en el campo de la salud procreativa (lo que a partir de entonces se empezó a designar como «evidencia científica», una cuestión que se recupera y amplía más adelante).

Por consenso de los participantes en el evento científico, la Declaración de Fortaleza acordó que:

> «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.
>
> El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los «embarazos de bajo riesgo» pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.» (Organización Mundial de la Salud, 1985, p. 2)

Aunque el documento original dividía las recomendaciones entre las de carácter general, por una parte, y las específicas, por el otro, su contenido puede ser resumido en los siguientes puntos:

- El reconocimiento del pleno derecho de las mujeres a ser activamente partícipes de sus partos y a ser debidamente informadas sobre todas sus opciones para poder escoger y decidir en libertad.
- Debía promocionarse y facilitarse el movimiento durante la fase de dilatación, la libre elección de la postura de parto y no ofrecer la postura recostada,

en litotomía, como rutina. Las mujeres debían tener derecho a escoger su propia ropa —y si llevarla o no—, así como a decidir si comían o bebían durante el proceso de parto, como también decidir el destino de la placenta.

- Se recomendaba la promoción de la lactancia materna.
- Se reconocía el impacto positivo para las mujeres de los grupos de ayuda mutua.
- Era primordial asegurar el derecho de las mujeres a estar acompañadas en las pruebas de embarazo y durante el parto, como mínimo, por una persona de confianza, así como permanecer todo el tiempo con el bebé (o los bebés) una vez hubiera nacido.
- Las profesionales debían recibir una formación apropiada que estuviera en consonancia con la evidencia científica en el campo de la asistencia médica al parto, así como integrar otras dimensiones importantes más allá de la puramente médica, como son las cuestiones sociales, culturales, antropológicas y éticas.
- Debía realizarse una aplicación de la tecnología al parto adecuada: las inducciones y las cesáreas reservarse para cuando se hacían técnicamente necesarias, y no era justificable que supusieran más del 10_15% del total de partos asistidos. Se recomendaba también controlar la frecuencia cardiaca fetal por auscultación y no por monitorización rutinaria y electrónica, pues no había suficiente evidencia científica de que aportara beneficios positivos al parto. Y el rasurado rutinario del pubis, así como la aplicación de enemas antes del parto se desaconsejaba.
- Los equipos de atención al parto deben incluir el apoyo y el acompañamiento emocional a la madre como parte de su asistencia.

Además de lo anterior, en la parte final del documento de la declaración se recogía, en cuanto a la aplicación de tecnología en el parto, y siendo una especial novedad la precaución sobre su uso indebido, que:

> Las normas de financiación deben desalentar el uso indiscriminado de tecnologías. Debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto. Los organismos gubernamentales, universidades, sociedades científicas, y otros grupos interesados deberían ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el hijo.
>
> […] solo tras una cuidadosa evaluación deben los gobiernos considerar el desarrollo de normas para permitir el uso de nuevas tecnologías para el parto. (Organización Mundial de la Salud, 1985, p. 3)

La Declaración de Fortaleza tuvo una influencia de largo alcance, convirtiéndose en uno de los textos capitales no solo para el movimiento social en sí, sino como faro e inspiración de nuevas políticas públicas en materia de salud procreativa que en los años posteriores introducirían gobiernos de muchos *países occidentales*. Incluso la publicación de muchas otras declaraciones aparecidas más tarde, que integraban nuevas novedades, no han podido desplazar del trono a esta declaración, que sigue siendo muy referenciada tanto a nivel académico e institucional, como dentro de los movimientos activistas.

La Declaración de Fortaleza puede tomarse, además de todo lo anterior, como un preludio del inminente giro que, en los años noventa, iba a experimentar la llegada de lo que David Sackett y sus colaboradores de la Universidad canadiense de McMaster, denominaron como *Evidence_Based Medicine (EBM)* o Medicina Basada en Evidencia (MBE). Sackett (1997) la definió como el empleo consciente, explícito y crítico de la evidencia más novedosa como base en la que fundamentar las decisiones sobre el cuidado de los pacientes, e inauguró con una rápida acogida un episodio nuevo en la historia contemporánea de la medicina. El autor apuntó a que practicar la Medicina Basada en Evidencia debía combinarse, por un lado, la experiencia clínica individual, adquirida por los profesionales sanitarios por vía de la acumulación de experiencia y práctica clínica y, por el otro, la evidencia clínica externa, producto de la investigación más importante clínicamente surgida como fruto de la ciencia médica, sobre todo de aquella que tiene que ver con las pruebas y los procesos de detección de diagnósticos. Justificaba este criterio sosteniendo que:

> «Good doctors use both individual clinical expertise and the best available external evidence, and neither alone is enough. Without clinical expertise, practice risks becoming tyrannized by external evidence, for even excellent external evidence may be inapplicable to or inappropriate for an individual patient. Without current best external evidence, practice risks becoming rapidly out of date, to the detriment of patients. The practice of evidence-based medicine is a process of life-long, self-directed learning in which caring for our own patients creates the need for clinically important information about diagnosis, prognosis, therapy, and other clinical and health care issues. » (Sackett, 1997, p. 3)

Tras la propuesta de David Sackett se abrió un periodo en el que surgieron muchas preguntas y reflexiones sobre cómo implementarla en la práctica diaria de los médicos, pero la idea de que los resultados provenientes del método científico son una herramienta crucial para el mejor ejercicio de la medicina quedó aceptada desde entonces en adelante. De igual modo que sucedería en el resto de las áreas médicas, en el campo de la salud procreativa también fue integrada por quienes se dedicaban a ella. Con el paso del tiempo, acabó siendo integrada en los movimientos sociales enfocados en reclamar cuestiones múltiples relacionadas con la salud y sus políticas públicas. En el movimiento social por un parto y nacimiento digno, específicamente, se integró como una parte fundamental de sus narrativas, siendo una de las principales reclamaciones que la práctica asistencial de los partos estuviera fundamentada en la evidencia de la investigación médica más adelantada, descartando prácticas demostradamente perjudiciales, en favor de otras con mejores efectos a corto, medio y largo plazo en la salud materna y perinatal.

En el contexto internacional, otro de los acontecimientos más relevantes que cabe reseñar es el de la creación de los Derechos Humanos en el Parto y el organismo internacional que surgió de ello y que lleva el mismo nombre. En 2012, en La Haya, en los Países Bajos, tuvo lugar la primera conferencia promocionada por la organización internacional *Birth Humans Rights* y vino motivada a raíz del fallo que por parte del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre el denominado y muy controvertido Caso Ternovsky contra Hungría, pronunciándose a favor del derecho de las mujeres a escoger libremente dónde dar a luz. El conflicto del caso se produjo cuando Ágnes Ternovsky, una mujer embarazada de origen húngaro, manifestó su deseo de dar a luz en su hogar asistida por una comadrona. Se conocía que Hungría, no obstante, era un país especialmente contrario al parto domiciliario, y en los años anteriores había interpuesto duras sanciones contra las

comadronas que llevaban a término la asistencia al parto en casa de forma independiente. En ese momento, todavía resonaba con fuerza el eco del caso de la obstetra y comadrona Ágnes Geréb, que, a pesar de que provocó movilizaciones y protestas en varios países europeos —España entre ellos—, fue condenada por el estado húngaro a dos años de prisión y diez años de inhabilitación por el parto de un bebé que inesperadamente se dio de forma muy rápida cuando la madre se encontraba en una consulta rutinaria con Geréb. Al mostrar signos de debilidad, la comadrona húngara tuvo que reanimarlo, y aunque sobrevivió, fue igualmente condenada (Cohain, 2018). Pero ni siquiera las represalias contra Geréb consiguieron amedrentar a Ágnes Ternovsky, que denunció su caso al Tribunal Europeo de Derechos Humanos que, en diciembre de 2010, acabó fallando en su favor y reconociendo que Hungría estaba vulnerando su derecho a elegir el lugar donde dar a luz. El caso Ternovsky sentó así un importante precedente, creando jurisprudencia en favor de los derechos reproductivos de las mujeres y fortaleciendo el derecho a un parto digno y respetado a escala internacional. Provocó, también, que algunos países introdujeran cambios en sus legislaciones para regular la situación del parto domiciliario, dejando de estar en un limbo jurídico.

El caso Ternovsky, como indicábamos, había inspirado la primera reunión de la recién aparecida *Human Rights in Chilbirth* en 2012. La abogada Hermine Hayes-Klein, quien fuera la fundadora y primera presidenta de la organización, logró reunir a más de trescientas personalidades vinculadas, de un modo u otro, con la atención al parto: desde profesionales sanitarios e investigadores en medicina, hasta académicos de múltiples disciplinas, especialistas en derecho y en bioética, teniendo cabida también reconocidos activistas y usuarios de los servicios de salud. Como fruto de este encuentro, se consensuó que los derechos reproductivos, entre los cuales los derechos específicos sobre el parto, deben ser comprendidos como una extensión de la Declaración de Derechos Humanos, proclamada el 10 de diciembre de 1948, por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en París.

Como escribe Bashi Kuman-Hazard (2018), fue necesario volver a colocar el foco en los Derechos Humanos debido a la expansión de un modelo al parto que se había tornado altamente tecnocrático. La antropóloga americana Robbie Davis-Floyd, precisamente, dedicó buena parte de su trabajo a describir los aspectos fundamentales del modelo tecnocrático de atención al parto, entre los que son especialmente relevantes la separación del cuerpo y la mente, la noción de cuerpo como si este fuera una máquina, el o la paciente como objeto, la alineación del médico del o de la paciente, la autoridad y la responsabilidad inherente al médico, pero no al o la paciente, una organización jerárquica y estandarizada del cuidado, una sobrevaloración de la ciencia y la tecnología, baja tolerancia a la diversidad de opciones y unas intervenciones agresivas que buscan el éxito en los resultados a corto y no a largo término (Davis-Floyd, 2001).

La principal problemática de todo ello recaía en el hecho de poner a las personas por detrás del proceso médico, y no al revés, vulnerándose así derechos fundamentales. Con todo, la conferencia de La Haya lo que se propuso fue concretar la aplicación de los derechos humanos a la asistencia sanitaria al parto, presionando con ello para que fueran los protocolos, las guías con recomendaciones clínicas y, en general, los modelos de asistencia, los que se adaptaran a los derechos reproductivos de las mujeres y no al revés. En esta línea, la intención era proteger y promover una serie de derechos en concreto. En primer lugar, el Derecho Humano a la Dignidad y a la No Discriminación, entendiéndose que toda mujer debe poder tener una experiencia de parto libre de cualquier tipo de prácticas relacionadas

con la violencia obstétrica y el maltrato, y que la atención sanitaria que deberían recibir debería estar libre de toda clase de discriminaciones, ya sea por cuestión de género, raza u origen, estatus socioeconómico, discapacidad u orientación sexual. En segundo lugar, el Derecho a la Intimidad y la Confidencialidad, teniéndose que asegurar que sus datos personales e historial médico queden protegidos, por un lado, y, por el otro, y que su intimidad individual sea respetuosa durante el proceso del parto. En tercer lugar, el Derecho a la Autonomía, explicitándose que las mujeres gestantes tienen derecho a decidir dónde, cómo y con quién dar a luz, así como a recibir una información médica completa, suficiente y veraz con el objetivo de poder tomar las decisiones más afines a su conveniencia sin olvidar, además, que es imprescindible contar con el consentimiento informado de la embarazada previa aplicación de cualquier tratamiento o ejecución de cualquier procedimiento. Y, por último, el Derecho a la Salud y a la Atención Médica de Calidad en el sentido de que las mujeres deben poder contar la seguridad de poder acceder a los servicios de salud materno-infantil, del mismo modo que contar con una asistencia al parto basada en las mejores prácticas clínicas según la evidencia científica disponible (Kumar-Hazard, 2018).

Después de su primera conferencia en Países Bajos y de su constitución como organización, *Birth Rights in Childbirth* ha celebrado múltiples eventos similares en distintos lugares, como en Estados Unidos, Sudáfrica, Europa del Este, Europa Occidental o la India, y en la actualidad continúa en activo participando como organismo especializado en congresos y conferencias de múltiples organizaciones profesionales.

Entre 1991 y 1992 surgió la denominada Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (Gobierno de España. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011b), una asociación que nacía como producto de la colaboración conjunta entre la Organización Mundial para la Salud con UNICEF con el propósito principal de promover a hospitales y centros de salud a adoptar prácticas que favorecieran la instauración de la lactancia materna exclusiva desde el momento del nacimiento, como medida correctora ante la creciente tendencia generalizada a consumir leche de fórmula en buena parte de las *sociedades occidentales* bajo la creencia de que era de igual e incluso mayor calidad, y que aunque había aportado grandes beneficios a la industria, no tanto así en la salud perinatal, a la luz de lo que mostraban los resultados de las más recientes investigaciones médicas en este campo.

En concreto, la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia consistía en una guía en la que se recogían lo que se nombró «Los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural» (Organización Mundial de la Salud, 1998) que quería servir de faro para que los centros de salud y los centros hospitalarios empezaran a aplicar medidas en favor de la lactancia materna.

Más tarde, tendría lugar la Conferencia de la Unión Europea sobre La Promoción de la Lactancia en Europa el 18 de junio de 2004 en el castillo de Dublín, en Irlanda, reunión científica de la que surgiría el plan de acción específico de la IHAN y que quedó recopilado en el documento *Protección, Promoción y apoyo a la lactancia en Europa: Plan Estratégico* (Comisión Europea: Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, 2004) y que consolidó la idea de que la promoción de la lactancia materna no solo era una cuestión que debía ser contemplada en el marco de una adecuada atención sanitaria al nacimiento y al parto, sino que era un asunto capital que requería de una atención y unas medidas específicas que era pertinente integrar como parte de las políticas públicas de los países.

Finalizando el milenio, la Organización Mundial de la Salud publicó en 1999 una revisión actualizada conocida como *Recomendaciones de la OMS para la atención Intraparto* que, respecto a la Declaración de Fortaleza, no solo introducía especificaciones más concretas, sino que a la vez introducía los principales avances y buenas prácticas, en un ejercicio de revisión de la evidencia científica, tal y como la propia organización demandaba en su declaración de 1985. Por una parte, clasificaba las prácticas en tres grupos claramente distintos como eran: el grupo de prácticas demostradamente útiles que deben ser promovidas, el grupo de prácticas ineficientes o claramente perjudiciales que debían ser descartadas y otro grupo de prácticas que debían usarse con precaución. Por otra parte, incluía líneas de actuación clínica muchos más específicas (uso restrictivo de la episiotomía o contacto piel a piel e inicio de la lactancia inmediato tras el nacimiento, por ejemplo). Asimismo, también recogía un enfoque más sistemático de los derechos en el parto, empleando un lenguaje más firme y técnico al referir a cuestiones como la dignidad, el consentimiento informado o el rol participativamente activo de las mujeres (Chalmers et al., 2001).

Probablemente, el giro principal que puede detectarse a gran escala y que ha atravesado el panorama internacional de la atención al parto desde el año 2000 ha sido el de pasar de concretar y promocionar buenas prácticas basadas en evidencia científica a inventariar el conjunto de prácticas perjudiciales y bioéticamente cuestionables que siguen presentes en las salas de parto y, aún más, comenzar a legislar gradualmente contra ellas como medida para erradicarlas. O lo que es lo mismo: la violencia obstétrica[23] y su inclusión en los marcos legales es el asunto fundamental hacia el que ha girado el foco de atención en las dos primeras décadas del siglo XXI.

En el contexto internacional, fueron países latinoamericanos los pioneros en la creación de leyes de prevención y erradicación de la violencia obstétrica. En 2007, se publicó en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela la Ley orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia, convirtiendo a Venezuela en el primer estado en definir una ley en materia de violencia obstétrica. Dentro de la ley, en el Artículo 15 se enumeran las diversas y múltiples formas de violencia de género que la ley reconoce, siendo el treceavo punto el que menciona literalmente la violencia obstétrica y, más adelante, en el Artículo 51, se especifican todas las prácticas concretas que constituyen un acto de violencia contra las mujeres Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007).

Por su parte, Argentina había aprobado en 2004 la Ley de Parto Humanizado como primer paso para proteger los derechos de las mujeres, los recién nacidos y los padres durante el periodo de gestación, parto y posparto(Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Presidencia de la Nación, 2004). Sería en 2009, no obstante, con la aprobación de la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres: concretamente en el Artículo 6, en que se recopilan las distintas modalidades de violencia contra las mujeres surgidas de ámbitos distintos, y en donde se explicita, en el punto e, la violencia obstétrica, que se describe de la siguiente forma:

> «e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un

[23] Sobre la definición, desarrollo teórico y apuntes etnográficos vinculados a la violencia obstétrica puede consultarle el cuarto capítulo de la presente tesis doctoral, dedicado específicamente al abordaje de esta temática.

> abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929». (Ley No 26.485 Ley de protección integral de las mujeres. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, 2009)

México, por su parte, incluyó en su marco legislativo la violencia obstétrica a través de dos regulaciones distintas, una de carácter federal y otra de tipo estatal. En febrero de 2007, en la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión de Estados Unidos Mexicanos, se aprobó la de carácter federal, es decir, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y que debía servir de punto de partida para que cada estado concretara en sus propias normativas estatales, fue el estado mexicano de Veracruz, en (Díaz García & Fernández M., 2018). Así, fue el estado mexicano de Veracruz, en 2008, el primero que incluiría la violencia obstétrica en su legislación propia, dentro de la denominada Reforma a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, aportando no solo su definición sino reconociendo prácticas concretas constitutivas de este tipo de violencia, como son el trato discriminatorio y deshumanizado hacia la mujer gestante, la sobremedicalización y excesivo uso de cesáreas, la negación de la atención adecuada y oportuna durante el parto o el posparto, así como también imponer procedimientos médicos sin contar con el consentimiento informado de la mujer embarazada (Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2008).

Como puede percibirse, mientras que la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europa continuaban abordando las problemáticas que se registraban en los testimonios de las mujeres y las organizaciones de usuarias de los servicios de salud mediante una estrategia de promoción de prácticas clínicas de excelencia, países latinoamericanos como Venezuela, Argentina o México aportaban conceptualizaciones sobre lo que era violencia obstétrica y determinaban y catalogaban prácticas específicas que debían ser comprendidas como la materialización de este tipo de violencia de género. Cabe sospechar que una de las cuestiones que muy posiblemente intervinieron en que algunas organizaciones y organismos políticos retrasaran abordar de frente la violencia obstétrica recaía en el intenso rechazo que la comunidad científica y médica tiene hacia el concepto en sí, sumada a la resistencia de que abordar la violencia obstétrica significaba, de facto, reconocer abiertamente su existencia. Y, de hecho, para cuando la Organización Mundial de la Salud por fin hizo un paso adelante para posicionarse sobre esta cuestión, no lo hizo utilizando el término, en un gesto significativo sobre las suspicacias que lo rodeaban.

Ante la efervescencia que la cuestión estaba experimentando a nivel global y público, la Organización Mundial de la Salud publicó en 2014 una declaración bajo el título de *Prevención y Erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto en centros de salud*. En el texto, la organización afirmaba que las investigaciones centradas en recoger la experiencia de las mujeres durante la gestación, y especialmente el parto, mostraban lo que calificaban como un «panorama alarmante», donde se registraban situaciones en las que era claramente apreciable el trato ofensivo y denigrante y advirtiendo de que las consecuencias de ello eran padecidas tanto por las madres como por los recién nacidos. Por otra parte, la declaración se refería y apuntaba a prácticas que pueden entenderse como una atención desprovista de todo respeto en la atención a parto, además de mencionar indicadores para la potencial recepción de este tipo de experiencias negativas:

> « […] se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del

> consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago. Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo. (Organización Mundial de la Salud, 2014, p. 1)

Ante el escenario que planteaba el documento, la declaración recogía un total de cinco estrategias de acción que consideraban relevantes para revertir la situación, como que los gobiernos promocionaran y dieran apoyo a investigaciones y acciones para eliminar cualquier tipo maltrato en las salas de parto, elaborar programas específicos con el objetivo de mejorar la calidad de la atención tomando el asunto del trato respetuoso como núcleo vertebrador, insistir en el derecho de las mujeres a dar con dignidad y a recibir una atención adecuada, promocionar la investigación y la generación de bases de datos sobre buenas y malas prácticas en relación a la atención al embarazo y al parto y, por último, involucrar a las usuarias de forma activa en todo lo anterior.

Lejos de que esta cascada de legislaciones e iniciativas mejoraran la situación, lo cierto es que las denuncias sobre violencia obstétrica no dejaron sino de aumentar a nivel global, y aumentó la presión y las movilizaciones por parte de organizaciones de mujeres usuarias de los servicios de salud y activistas. Nos encontramos en un momento en el que se da un cambio fundamental a nivel social en que los relatos y testimonios sobre violencia obstétrica empiezan a expresarse en voz alta, si bien durante largo tiempo eran temas que constituían un verdadero tabú. Con toda probabilidad, el auge de los movimientos feministas y, por extensión, las acciones masivas de denuncias en muchos países distintos del globo, materializadas, por ejemplo, en las diversas oleadas de #MeToo de las que hemos sido testimonios desde 2017, han tenido un peso fundamental en conseguir que el silencio se rompiera. La Antropología del parto sabe bien que la violencia obstétrica no solo no es un tema nuevo, sino que tiene la sombra muy alargada en el tiempo. La novedad que ha traído consigo el siglo XXI es, sin duda, la de su visibilización y reconocimiento global.

La revisión del contexto institucional a escala internacional no puede darse por concluida sin mencionar el *Informe de la Relatora Especial de sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias* que Naciones Unidas presentó en 2019. El documento lleva la firma de Dubravka Šimonović, quien era en aquel entonces la relatora especial de la ONU sobre violencia contra la mujer y cuyo mandato estuvo caracterizado por investigar y elaborar recomendaciones sobre las distintas y múltiples formas de violencia contra las mujeres, en todos los contextos, incluyendo el ámbito de la medicina reproductiva. En este marco, el documento explicita que nace bajo el objetivo de hacer contribuciones en el vacío que se está dando a nivel de derecho internacional y de los derechos humanos en materia de violencia obstétrica, pues Naciones Unidas no había tratado el asunto de forma directa. Por eso, el informe reconoce la violencia obstétrica y ginecológica, y lo hace mostrándola desde un prisma más macro, subrayando su carácter estructural e institucional, así como también la reconoce como una tipología de violencia que vulnera derechos fundamentales —a la salud, a la dignidad, a la integridad física, a la igualdad y a no sufrir maltrato ni acciones humillantes—, por lo que instaba a los estados a tomar con seriedad y rigurosidad el asunto y revisar leyes, políticas públicas y procedimientos médicos con el fin de encontrar

mecanismos y vías para la denuncia y la reparación, y a hacerlo sin perder de vista que la violencia obstétrica es un asunto de derechos humanos y no únicamente mala praxis médica (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2019).

3.2.2 El contexto estatal: España

Iniciado el milenio, la atención sanitaria al embarazo, el parto y el posparto se regía por el *Protocolo de asistencia a parto normal* que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia había publicado en 2003. Se trataba de un documento de consenso entre profesionales de este campo médico que pretendía recuperar los aspectos básicos anatómicos y fisiológicos del parto, acordar líneas de conducta generales a tener en cuenta en la asistencia al parto, decidir conjuntamente sobre los conocimientos fundamentales surgidos como resultado de la evidencia científica disponible y establecer sus formas de aplicación, y revisar también las cuestiones legales con el fin de crear un modelo de consentimiento informado que pudiera ser empleado de forma general en los centros de salud y hospitales. Por bien que el texto ya introducía algunos puntos generales en consonancia con las líneas marcadas por los organismos internacionales, como la promulgación del parto fisiológico o la revisión de la evidencia científica como base para orientar la práctica clínica de la atención al parto, es constatable que cuestiones como la centralidad de las decisiones autónomas de la mujer o la concienciación y necesidad de desmedicalizar el parto no estaban todavía plenamente integradas. La mirada al marco legal, por ejemplo, estaba dirigida a tranquilizar a la comunidad médica ante la creciente preocupación de ser denunciados por mala praxis y no a reforzar el derecho de las mujeres a ser partícipes en las decisiones relacionadas con sus procesos de parto; el documento, de hecho, se mostraba abiertamente reticente al uso del consentimiento informado para todos los procedimientos:

> «Y en cuanto a los consentimientos, no parece lógico que una mujer que acude al Hospital de parto nos tenga que firmar un consentimiento informado para poder parir. Por supuesto que sí debe recibir la atención e información ¡adecuada y correcta! en cada momento, pero distingamos.» (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, s. f.).

Es en este sentido, que puede señalarse que el espíritu de lo que se concibe como una atención humanizada al parto mediante acciones que velaran de forma eficaz por los derechos de las embarazadas no había penetrado aún con toda su fuerza y potencial.

En España, fue esencial el papel que jugaron las asociaciones activistas que integraban mujeres usuarias de los servicios de salud y profesionales sanitarias para que se diera el inicio de un cambio de paradigma en la manera de atender el parto en el país. Y entre ellas, la constitución de la asociación El parto es Nuestro es especialmente importante.

Antes de que se instituyera como tal, El Parto es Nuestro pasó primero por una fase embrionaria durante aproximadamente dos años, y tuvo su origen en la creación de lo que se llamó Apoyacesáreas, un foro virtual creado en 2001 por Ibone Olza y Meritxell Vila y que nació con la intención de compartir testimonios y vivencias de madres que habían experimentado una o más cesáreas y de ofrecerse apoyo mutuo ante las dificultades de la propia recuperación física que exige dar a luz de esta manera. El foro fue creado también y, sobre todo, por la generalizada percepción de las mujeres de que sus experiencias de parto distaban mucho de haber sido episodios mínimamente agradables, reportando muchos

relatos en los que el trato irrespetuoso en distintos aspectos era evidente. No pasó demasiado tiempo hasta que en el foro de Apoyacesáreas comenzaron a llegar usuarias que, aun habiendo tenido partos vaginales, se mostraban descontentas con la atención que habían recibido, a veces por la falta de un acompañamiento amable, a veces por el cuestionamiento de cómo se habían decidido y ejecutado las intervenciones médicas y, otras muchas por la conjunción de ambas. El foro virtual acabó reuniendo a un grupo de mujeres que, en líneas generales, compartían la necesidad de actuar para lograr integrar cambios en el modelo hegemónico de asistencia al parto que se estaba dando en las salas de parto en España.

Y así fue como en 2003, por iniciativa de una veintena de integrantes del foro virtual Apoyacesáreas, y con una evidente mirada feminista, se constituyó El Parto es Nuestro, cuyo nombre era, a todas luces, una abierta declaración de intenciones (Murialdo Miniello, 2019; Villarmea et al., 2015).

El Parto es Nuestro fijó así, por un lado, su ideario y sus objetivos principales y, por el otro, desarrolló una estrategia de acción conjunta. El propósito principal de la asociación era conseguir que todas las mujeres recibieran una atención respetuosa en sus embarazos, partos y pospartos, asegurando que se respetara la fisiología, por una parte y, por la otra, el derecho de las mujeres a participar y decidir sobre sus partos y ser las auténticas protagonistas del proceso de dar a luz (*El Parto es Nuestro*, 2012) lo que de algún modo había quedado desplazado por el equipo médico producto de la masculinización y la masculinización del parto (Ruiz-Berdún & Martín-Alcaide, 2018). Dentro de ese marco, además, planteaban así su posicionamiento en relación con las intervenciones:

> «El Parto es Nuestro defiende que si una intervención en el parto es innecesaria e incluso peligrosa no debe hacerse, y si es necesaria puede y debe hacerse de forma respetuosa con las necesidades físicas y emocionales de las madres y sus hijos.» (*El Parto es Nuestro*, 2012)

Es posible establecer que el plan de acción de la asociación se materializó por dos vías principales. La primera de ellas fue la creación de grupos locales en múltiples municipios de las diversas comunidades autónomas cuyos objetivos eran aportar información actualizada sobre la asistencia al parto, brindar acompañamiento a las mujeres para afianzar su seguridad y confianza para tomar las decisiones que les correspondía en su propio proceso de gestación y parto y, por extensión, dar a conocer la labor de la asociación y plantar semillas de activismo para expandir su potencial.

Es preciso señalar que nos encontramos en un momento en que en España las reivindicaciones empezaron a llegar desde múltiples ámbitos, todavía con cierta intermitencia, pero comenzando un goteo de acciones que ya hacía prever lo que acabaría siendo toda una lluvia. Son los años en los que la prensa estatal empieza a publicar artículos y tímidos reportajes sobre la situación del parto en el país. También es el momento en el que empiezan a surgir productos audiovisuales, sobre todo documentales, pero también de otros tipos, como el corto que dirigió la directora de cine Icíar Bollaín y que se presentó en 2004, titulado «Por tu bien» en donde se mostraba, con evidente sarcasmo, el proceso habitual de un parto en un paritorio cualquier del país, y en donde el que debía ser el papel de la embarazada fue interpretado por el actor Luís Tosar, y que configuró un referente cinematográfico de gran calado en el movimiento activista de todo el país. Es un momento en donde, además, el activismo está empezando a experimentar el alcance de su altavoz y el

impacto en la sociedad a través de las redes sociales, algo que sin duda contribuyó a la buena acogida que socialmente tuvo la asociación. Sobre esta suma de circunstancias, Virginia Murialdo escribía en su tesis doctoral:

> «En una época definida por activismos sociales de tipo internauta que hacen uso de internet y de los nuevos medios de comunicación social para divulgar y difundir sus ideas, el activismo de parto respetado pone a disposición de las mujeres una serie de mecanismos y estrategias de autoconfianza, seguridad y empoderamiento con el fin de recuperar su libertad y autonomía en la toma de decisiones, así como su capacidad para responsabilizarse de las mismas. Al mismo tiempo, estas asociaciones disponen de una estructura lo suficientemente sólida como para tejer redes de apoyo locales en forma de grupos presenciales donde las mujeres pueden intercambiar experiencias, comprenderse y ofrecerse apoyo mutuo ante situaciones negativas o traumáticas vividas durante sus partos, construyéndose así una cultura de parto respetado como una reacción a una cultura sobreintervencionista caracterizada por los principios biomédicos del modelo médico hegemónico». (Murialdo Miniello, 2019, pp. 12-13).

Como fruto de su labor, El Parto es Nuestro consiguió en un tiempo corto de trayectoria erguirse como un organismo civil fundamental en materia de atención digna al parto y, entre sus muchas campañas y logros, uno de sus hitos más reseñables fue el de conseguir ser partícipe en la elaboración de la *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* promulgada por el Ministerio de Sanidad y Consumo que se presentó en 2007 y que tenía la intención de ser el documento con el que se inauguraba una nueva manera de asistir el parto en España. Es en este sentido que puede afirmarse que el activismo civil de El Parto es Nuestro tuvo un impacto definitivo en el viraje hacia un nuevo modelo de atención al parto (Murialdo Miniello, 2019; Villarmea et al., 2015). En la actualidad, continúa siendo uno de los principales centros neurálgicos que aglutina, a nivel estatal, la militancia feminista y política a favor del movimiento por el nacimiento y el parto digno. En 2023, se presentó el documental titulado «La voz de las mujeres» en el que se muestra la trayectoria y evolución en homenaje a sus dos décadas de actividad ininterrumpida.

Durante los primeros años del 2000, España no había conseguido mitigar los datos y el país presentaba unas tasas considerablemente altas de intervenciones en el área obstétrica, especialmente en episiotomías y cesáreas. Simultáneamente, aumentaba la presión por introducir cambios tanto desde los organismos internacionales en materia de la salud, como la Organización Mundial de la Salud, como por el tejido social, donde, como se ha mostrado, se localizaba una creciente demanda por parte de las usuarias y algunos sectores profesionales. Por este cúmulo de razones, en 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo vio en la necesidad de una reforma estatal del modelo de atención al parto uno de los asuntos que, entre otros, cabía abordar con mayor prioridad. A través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, comenzó un proceso de trabajo conjunto entre sociedades científicas y de profesionales médicos, asociaciones de mujeres y representantes de las distintas comunidades autónomas cuyo resultado fue el lanzamiento de la *Estrategia de atención al parto normal*. Su propósito principal perseguía establecer las directrices y líneas de actuación generales para que centros de salud y hospitalarios de todo el estado pudieran introducir acciones de mejora en sus servicios de obstetricia, y situaba en el

acompañamiento y el derecho a decidir de las mujeres el eje central sobre el que debían introducirse modificaciones:

> «Aunque la atención al parto en nuestro Sistema Nacional de Salud se desarrolla con criterios de seguridad y calidad semejantes a los de los países de nuestro entorno, son los aspectos de calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto, sobre los que hay un sentimiento generalizado de necesidad de mejora. Ese es el objetivo sustancial de esta Estrategia.» (Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007)

Es preciso apuntar a que la *Estrategia de Atención al Parto Normal* fue una acción pionera en el contexto europeo en la medida en que fue una de las primeras estrategias institucionales que aparecieron para abordar la asistencia al parto desde el enfoque de los derechos humanos y la revisión de la evidencia científica disponible. Supuso un cambio de rumbo institucional bajo la voluntad de romper con lo que, en palabras de Eduardo Menéndez (1990), era el modelo médico hegemónico de atención al parto, para dar paso a una nueva concepción.

Uno de los puntos relevantes de la estrategia en los que vale la pena poner atención es la adopción y empleo reiterado del término «parto normal». La noción de «parto normal» había sido definida por la Organización Mundial de la Salud, años atrás, en el documento *Cuidados en el parto normal: una guía práctica* que publicó en 1996. Según la guía, el parto normal podía entenderse en términos similares al parto de bajo riesgo y en contraposición al parto de alto riesgo, y especificaba:

> «Definimos Parto Normal como: Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.
>
> Sin embargo, como el parto y alumbramiento de muchas gestantes catalogadas como de alto riesgo tienen un curso normal, numerosas recomendaciones de este estudio pueden ser aplicadas al cuidado de estas mujeres.» (Organización Mundial de la Salud, 1996, p. 7)

La *Estrategia de Atención al Parto Normal* elaboró una serie de recomendaciones sobre aspectos múltiples de la asistencia que se han recopilado en la siguiente tabla:

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL: SÍNTESIS DE LAS RECOMENDACIONES	
Aspecto general	***Recomendaciones***
Sobre el protagonismo de las mujeres:	- Reconocer a la mujer como sujeto activo en el proceso del parto. - Respetar el plan de parto y las decisiones informadas.
Sobre el cambio de modelo asistencial:	- Fomentar el parto fisiológico en lugar del parto medicalizado. - Evitar intervenciones innecesarias y prácticas rutinarias sin base científica.
Sobre la relación asistencial profesional-usuaria:	- Promover un trato humanizado y digno. - Garantizar información clara y participación activa de la mujer en todo momento.

Sobre el papel de las matronas:	- Reforzar el papel de la matrona como profesional principal en partos de bajo riesgo. - Fomentar la continuidad de cuidados durante el embarazo y parto.
Sobre las prácticas con evidencia científica demostrada:	- Uso selectivo de episiotomía, oxitocina y cesárea. - Fomentar el parto vaginal tras cesárea si no hay contraindicación.
Sobre formas de alivio del dolor:	- Ofrecer opciones variadas, tanto farmacológicas como no farmacológicas (movimiento, agua, masajes, respiración, etc.).
Sobre la libertad de movimiento:	- Permitir a la mujer moverse y adoptar posiciones libres durante el trabajo de parto y el expulsivo.
Sobre la atención al recién nacido:	- Favorecer el contacto piel con piel inmediato. - Promover la lactancia materna precoz y evitar separación innecesaria madre-bebé.
Sobre la formación de los profesionales sanitarios:	- Capacitar al personal sanitario en el enfoque de parto respetado y centrado en la mujer.

Tabla 1. Recomendaciones de la *Estrategia de Atención al Parto Normal* según cada aspecto general. Elaboración propia.

La *Estrategia de Atención al Parto Normal* generó con su impacto algunos cambios como, por ejemplo, la actualización de protocolos obstétricos, la necesidad de formación y reciclaje del personal sanitario en materia de parto fisiológico y atención humanizada, así como la remodelación y creación espacial de algunas salas de partos con un ambiente más acogedor y amable, incluso, con bañeras obstétricas que se utilizaban para mitigar los dolores durante la dilatación, todo ello, especialmente, en los hospitales del ámbito público. Por otra parte, descendieron las cesáreas, las episiotomías y el número de partos bajo instrumentalización.

En 2010, como complemento a la *Estrategia de Atención al Parto Normal* y bajo el objetivo de agilizar la introducción de acciones y mejoras específicas en el modo de proceder de los hospitales públicos, el Ministerio de Salud y Políticas Sociales lanzó en 2010 la *Guía práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal, 2010).

En 2020, el Ministerio de Hacienda, mediante el Instituto de Estudios Fiscales, publicó el informe *Evaluación del impacto de la Estrategia de Atención al Parto Normal sobre las tasas de cesáreas y mortalidad perinatal en España*, en el que se afirmaba:

> «En general se puede concluir que la política sanitaria que ha sido objeto de evaluación en esta investigación (la EAPN) ha sido efectiva para reducir las tasas de cesáreas en los hospitales del SNS, reduciendo al mismo tiempo la mortalidad perinatal. Sin embargo, la cuantía del efecto no es suficiente para que los hospitales del SNS se sitúen en el rango señalado por la OMS del 10-15%, ni por debajo del 20%, como sucede en otros países europeos con mejores resultados en términos de mortalidad perinatal (países nórdicos). Parece que la EAPN ha servido para frenar y estabilizar lo que hasta 2006 había sido un incremento imparable de las tasas de cesáreas, pero no ha conseguido un descenso sustancial que nos acerque a los estándares propugnados por la OMS.» (Recio Alcaide & Arranz Muñoz, 2020, p. 30).

En el año 2021, el Ministerio de Igualdad del gobierno español, conjuntamente con el Instituto de las Mujeres, propusieron una modificación de la ley de salud sexual y reproductiva que incluyera la violencia obstétrica con el propósito de que pudiera ser contemplada en el marco jurídico estatal y, por extensión, abrir la puerta a poder emprender acciones legales en los casos de usuarias en los que se da este tipo de violencia. La propuesta, sin embargo, generó una acalorada pugna entre la comunidad médica, la clase política y las organizaciones activistas. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos emitió ese mismo año un comunicado de prensa que recogía su posicionamiento contrario al uso del término violencia obstétrica por considerar que no se ajustaba a la realidad de lo que sucedía en las salas de parto en España y porque criminalizaba a los profesionales sanitarios del campo de la ginecología y la obstetricia, además de ser un instrumento lingüístico que, lejos de afianzar la necesaria confianza de las usuarias de los servicios de atención a la salud reproductiva, la problematizaba (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2021). A partir de ese momento, se generó un intenso debate terminológico por distintos agentes sociales, entre los que se encontraban organizaciones civiles como El Parto es Nuestro, que emitió un comunicado en respuesta contradiciendo y justificando con datos el contenido de la declaración del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, así como por parte de la clase política, tanto por parte de los partidos políticos que apoyaban la inclusión del concepto de violencia obstétrica como aquellos que la rechazaban frontalmente. Durante unos meses, la prensa y los medios de comunicación dieron buena cuenta del cruce de argumentos, reservando páginas en los periódicos y minutos en los telediarios y los programas radiofónicos para dar cobertura al asunto.

Finalmente, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modificó la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, acabó por no incluir el término violencia obstétrica como tal, aunque sí que focalizó el énfasis en asegurar la plena garantía de los derechos fundamentales en el campo de la salud sexual y reproductiva. Para cuando dicha reforma de ley fue publicada en el BOE, el Estado español ya contaba con una condena por violencia obstétrica por parte del Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que sería, hasta el momento actual, la primera de tres.

3.2.3 El contexto autonómico: Cataluña

En el marco de los primeros años después del 2000, en los que empezaron a surgir iniciativas sociales e institucionales en España, Cataluña vio nacer a su propia asociación a favor del parto y el nacimiento digno. Originalmente, existían algunos grupos locales vinculados a El Parto es Nuestro alrededor del territorio catalán. Con el tiempo, el principal grupo satélite de la organización estatal, localizado en Barcelona, decidió independizarse, entre otros motivos, para focalizar su atención y acciones en el contexto de la atención al parto en Cataluña. Fue así como Dona Llum comenzó su propia andadura como asociación sin ánimo de lucro, en 2006, impulsada, por una parte, por mujeres usuarias y, por el otro, por un grupo de comadronas con larga trayectoria profesional y activista tanto en el ámbito hospitalario como del parto domiciliario. Pese a su emancipación de El Parto es Nuestro, ambas organizaciones colaboran asiduamente desde entonces dados los múltiples puntos de unión y propósitos similares que tienen en común.

La razón de ser y las líneas de actuación de Dona Llum quedaron presentadas y expuestas en el manifiesto de su creación y que ha ido introduciendo actualizaciones con el paso del tiempo. Las demandas más reseñables del manifiesto son las siguientes:

- Una atención a la gestación, el parto y el posparto cuyo fundamento sea la fisiología de todos estos procesos, lejos de la patologización y sobremedicalización del cuerpo de las mujeres, así como la promoción de hábitos y estilos de vida saludables que puedan incrementar la autogestión y autoestima de las mujeres respecto a las decisiones de su propia salud.
- El reconocimiento de las matronas como las profesionales de referencia en el ámbito de la asistencia al embarazo, al parto y al puerperio, siendo los obstetras quienes deben intervenir cuando se presentan situaciones de riesgo o patologías. Dona Llum reivindica que debe haber un número de comadrona suficientes como para asegurar lo que en el mundo anglosajón se conoce como el *one-to-one*, que podría traducirse por una matrona por cada embarazada, porque existe evidencia, además, del impacto que este método de atención tiene en la salud materna y perinatal.
- Un uso adecuado de las intervenciones obstétricas que respete los porcentajes establecidos por los organismos internacionales y siempre y cuando estén avalados por la evidencia científica y la necesidad de la usuaria, explicitando que las intervenciones con objetivos exclusivamente docentes no deberían tener lugar.
- Una atención sanitaria fundamentada «en la empatía, la horizontalidad y el respeto absoluto» de los derechos fundamentales de las mujeres, entre ellos, el derecho de autonomía como pacientes y el derecho a tomar decisiones informadas. La asociación hace expreso su rechazo a cualquier forma de autoritarismo, jerarquización y coacción hacia las mujeres, y explicita como ilegítima la intervención de Mossos d'Esquadra —policía catalana— o de los Servicios Sociales como vías de coerción a las gestantes.
- Dona Llum se posiciona a favor de una sanidad exclusivamente pública que ofrezca de forma plenamente igualitaria todas las opciones de parto disponibles, es decir, el hospitalario, el domiciliario o bien en las casas de nacimientos, con el propósito de asegurar el acceso a las distintas modalidades de parto a todas las mujeres por igual, sea cual sea su situación socioeconómica.
- La asociación también reivindica que el Servei Català de la Salut debe estar a disposición de las usuarias, velar por sus derechos y responder con eficacia ante demandas de ayuda. Y exigen transparencia para todas las instituciones que gestionan los servicios sanitarios de atención a la salud.

Dona Llum adoptó una forma similar de organización a El Parto el Nuestro, encaminando sus acciones a través de tres principales vías: en primer lugar, a través de los grupos en distintos municipios catalanes en los que se ofrece información a las gestantes y se promociona el apoyo mutuo para reforzar la autonomía y autogestión de las mujeres ante las decisiones de su proceso reproductivo; en segundo lugar, mediante las múltiples campañas en las que se concretan actuaciones concretas sobre un tema específico; y, en tercer lugar, el contacto con las instituciones como organismo civil transmisor de las mujeres usuarias de los servicios de salud en Cataluña.

Además de lo anterior, es preciso reseñar a dos de sus actividades más reconocidas los últimos dos años. Por un lado, la de la celebración anual de la Semana Mundial por el Parto Respetado, que se conmemora todos los años en el mes de mayo, y en donde la asociación propone distintas actividades, conferencias y talleres relacionados con el lema escogido para cada año sobre alguna temática específica (la muerte perinatal, la violencia obstétrica, etc.). Y, por el otro, la publicación en 2018 del Informe «Néixer en horari laboral» (Dona Llum, 2018), que se elaboró con la colaboración de El Parto es Nuestro, en el que presentaron un estudio de datos que ponía de manifiesto cómo los nacimientos en Cataluña se habían ido concentrando con el paso de los años en los días laborables, al tiempo que habían disminuido los sábados, los domingos y los festivos, aportando evidencia de que se estaba haciendo un uso excesivo de inducciones, que se programaban durante la semana laboral para adecuarlas a los turnos de las salas de parto de los hospitales y a los calendarios de festividades, y no por causas justificadamente médicas.

El cambio de rumbo estatal hacia un nuevo modelo de atención humanizada al parto que estableció el surgimiento en 2007 de la *Estrategia de Atención al Parto Normal* tuvo una acogida positiva en Cataluña, tanto por los grupos con largo recorrido en la militancia por los derechos de un parto y un nacimiento digno, sobre todo en Barcelona, como a nivel institucional, donde influyó que hubiera integradas algunas personalidades clave que simpatizaban con la iniciativa de introducir mejoras en la calidad asistencial del parto. Prueba de todo ello es que, en el mismo año 2007, Cataluña dio a conocer no solo uno, sino dos programas, dirigidos a realizar un cambio de modelo, y que suponían en términos generales la adaptación de las líneas de acción marcadas en la estrategia estatal.

Apareció en primer lugar el *Protocol d'Atenció i Acompanyament al Naixement a Catalunya* elaborado por el Departament de Salut, un documento desarrollado desde un enfoque en el que la fisiología y el respeto por el proceso natural del parto eran el centro de partida. Desde esa premisa, se abordaban las cuestiones primordiales sobre las que se hacía preciso trabajar, tales como enfatizar el papel protagonista de las embarazadas y su papel como personas autónomas capaces de tomar las mejores decisiones para sí misma, la promoción explícita del parto vaginal con el objetivo de hacer decrecer las tasas de cesáreas y episiotomías, entre otras intervenciones, la relevancia de un acompañamiento amable y digno, en el que el apoyo emocional se proyectaba como un tema clave para la vivencia de las mujeres, así como la elección libre de la postura para dar a luz y la posibilidad de estar en movimiento durante la fase de dilatación, o el contacto piel con piel y el comienzo de la lactancia materna de forma inmediata desde el nacimiento, incluso desde la sala de partos. Asimismo, el protocolo reconocía el importante papel de las matronas en la atención de partos calificados de bajo riesgo y, además, explicitaba la necesidad de crear un «cambio cultural» en los equipos sanitarios en donde la formación basada en las últimas novedades científicas en el campo de la salud reproductiva y la sensibilización de los profesionales sanitarios jugaba un papel imprescindible. El protocolo del Departament de Salut dio el pistoletazo de salida al tránsito hacia un paradigma nuevo en los servicios de atención a la gestación y el parto en Cataluña(Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2007b).

Justo después de esta primera guía de actuación, apareció la publicación del *Protocol per a l'assitència del Part Natural al Part Normal* impulsado, no obstante, por la Generalitat de Cataluña, y se trataba de un documento en el que el foco estaba principalmente puesto en realizar cambios que aseguraran un contexto acorde con una atención de mayor calidad en materia de asistencia al parto y al nacimiento. Por ese motivo, desde el texto se instaba a los centros de salud y centros hospitalarios a crear las condiciones óptimas para una

atención de mejor calidad, precisando, por ejemplo, que se asegurase la presencia de comadronas que pudieran ofrecer atención individualizada a las gestantes y contar con equipos formados y sensibilizados con la asistencia humanizada al parto. Se recomendaba, por otra parte, la adecuación de los espacios físicos de las salas de dilatación y de parto, intentando crear espacios cálidos que, en la medida de lo posible, incluyeran bañeras, camas articuladas y otros materiales que pudieran ser de ayuda para el progreso fisiológico del parto. Otra cuestión significativa del protocolo recaía en determinar que toda mujer embarazada con una gestación de bajo o medio riesgo tenía el derecho a elegir una asistencia al parto lo menos intervenida posible, y situaba el plan de nacimiento como una herramienta útil para que las mujeres transmitieran a los equipos médicos las decisiones sobre el parto con las que se sienten más afines (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2007a).

Poco tiempo después, en 2010, se presentó la *Guia d'Assistència al Part a Casa*, publicada por el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, un documento pionero a nivel estatal. El hecho de que se estuviera inaugurando una etapa de revisión y remodelación del modelo de atención sanitaria al parto por parte de las instituciones, en las que el derecho a la elección del lugar del parto por parte de las mujeres era un asunto relevante, fue visto por los sectores afines al parto en casa como una oportunidad para impulsar esta opción entre las embarazadas. La iniciativa, originalmente impulsada por un grupo de comadronas, la mayoría de ellas independientes que contaban con una larga trayectoria en atención domiciliaria del parto, tenía el propósito de elaborar una guía de actuación consensuada sobre su práctica profesional específica. En ese sentido, la guía perseguía cumplir tres objetivos distintos: el primero, promocionar el parto en casa como una opción segura y con un impacto positivo en la salud materna y perinatal; el segundo, enfatizar el derecho de las mujeres y sus parejas en lo que refiere a escoger dónde y en qué condiciones prefieren el parto; y, en tercer lugar, establecer unas líneas de actuación unificadas extraídas de los años de trayectoria profesional de las matronas especializadas en partos en el hogar. Entre las distintas aportaciones de la guía, fue destacable la defensa de una valoración integral y biopsicosocial de la mujer y el recién nacido y el establecimiento de los criterios de idoneidad para poder hacer uso del parto domiciliario. Asimismo, estableció directrices de actuación para cada fase del proceso de parto, insistiendo en la relevancia suprema de aportar un apoyo continuado de la mujer y el respeto por los tiempos naturales del proceso fisiológico. También fueron especialmente novedosas sus recomendaciones sobre el posparto, porque además de incluir cuidados específicos del puerperio inmediato, se incluían aspectos de más alcance, hasta lo que puede denominarse el posparto tardío, y en donde la mirada y atención a la salud mental materna se presentaba como un aspecto indispensable. Se incluyó también un inventario de material básico específico para la atención al parto domiciliario y, por último, se definieron cómo debían ser los traslados al hospital en caso de aparecer complicaciones y la coordinación con los equipos médicos hospitalarios para asegurar una continuidad cuidada y eficiente de la atención a la gestante cuando ocurrían estas situaciones. Más allá de que la *Guia d'Assistència al Part a Casa* introdujo con su propia existencia novedades importantes que ampliaban los derechos de elección de las mujeres embarazadas, puede ser comprendida también como un fruto de la tradición viva de la atención al parto domiciliaria en Cataluña, y aún más en Barcelona, y de sus comadronas independientes; una práctica cultural minoritaria pero constante, a lo largo del siglo XX (Núñez Galván, 2015) y lo recorrido hasta el momento del XXI.

En el marco catalán, este conjunto de estrategias y compilaciones con las últimas recomendaciones fueron la brújula para que los centros de salud y hospitalarios empezaran a crear nuevos protocolos y guías clínicas que integraran las líneas de actuación del nuevo modelo de asistencia a la gestación, el parto y el posparto. Ello explica que, desde 2010, varios hospitales en Barcelona comenzaran a presentar sus propios nuevos programas de asistencia al parto. Entre ellos, dos ejemplos significativos fueron el *Programa MARE* del Hospital Sant Joan de Déu, cuyo nombre se escogió en referencia al concepto «MAternidad REspetada» y que al mismo tiempo significa 'madre' en catalán o el *Programa PART* del Hospital Clínic, cuya denominación era una suerte de abreviatura de su título original, que es *Programa d'Atenció i Respecte al part hospiTalari*.

SEGUNDA PARTE

4. VIOLENCIA OBSTÉTRICA

4.1 Pensar la violencia obstétrica desde la Antropología: aportaciones, propuestas y herramientas[24]

Resumen

El estudio antropológico de la violencia supone un reto atestado de complejidades para los investigadores de nuestro campo. Cuando en el seno de la propia antropología todavía no se ha alcanzado un consenso satisfactorio sobre cómo examinar la violencia, la popularización del debate sobre la violencia obstétrica de la última década ha precipitado la necesidad de nuevas revisiones que aporten enfoques teóricos y metodológicos. Tomando como premisa que la antropología puede realizar contribuciones relevantes en la descripción de los distintos puntos de vista acerca que se dan en un contexto o escenario específico, se presentan algunos resultados sobre su conceptualización recopilados mediante trabajo de campo etnográfico. Asimismo, se proponen brevemente algunas consideraciones, estrategias y herramientas que desde la antropología podrían ser fructíferas para combatir el fenómeno de la violencia obstétrica.

Como punto de partida, las/-os antropólogas/-os entendemos la violencia como «el resultado de una interacción de los factores propios del sistema comportamental biológico humano, dicho de otra forma, su endogenia, y de su interrelación con los factores que forman la cultura, o sea, su exogenia»[25]. En términos generales, podemos decir que la antropología física se encarga de estudiar la dimensión biológica de la violencia, mientras que la antropología sociocultural se ocupa de su análisis, como no puede ser de otra manera, como fenómeno social y cultural. El presente texto aborda la cuestión de la violencia, y concretamente de la violencia obstétrica, desde esta segunda perspectiva.

Observar, examinar y describir la violencia es uno de los retos más altamente complejos a los que se enfrenta la antropología actualmente, así como el resto de las ciencias sociales. Si bien no es este un reto nuevo —más bien lo contrario—, es preciso señalar cómo la generalización de su uso conceptual en los últimos años ha precipitado la necesidad de revisar teorías, afinar definiciones y hasta cuestionar en forma y contenido las preguntas de investigación e hipótesis más fundamentales. En el campo de la antropología, los múltiples intentos de hallar un enunciado suficientemente operativo con el que trabajar la violencia, y no haber dado con alguna fórmula lo suficientemente satisfactoria, ha provocado entre nuestras/-os investigadoras/os un desaliento lo suficientemente acentuado como para una parte de ellas/-os haya propuesto formalmente desistir de esta empresa. En el esclarecedor artículo de José Garriga y Gabriel Noel, en que los autores, bajo el propósito de superar esta crisis, y arrojar un poco de luz a los desvelos de las/-os colegas antropólogas/-os, hacen un repaso crítico de las distintas perspectivas que desde la antropología han trabajado la

[24] Lázare Boix (2018).Capítulo publicado en: Goberna, J. y Boladeras, M. (coords) (2018) , *Violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid, Editorial Tecnos, pp. 151-159

[25] Baños Nocedal (2005)«Antropología de la violencia», *Estudios de la Antropología Biológica* (México), pág. 51.

cuestión de la violencia, sopesando debilidades y fortalezas de cada una, a nivel teórico, pero también metodológico. La completa revisión que presentan, si bien no es la de decantarse por una perspectiva en concreto, resulta sin embargo especialmente útil para señalar toda una serie de aspectos centrales a los que la antropología debería prestar atención cuando la violencia deviene nuestro objeto de estudio[26]. Una de las observaciones más sugerentes que hacen los mencionados autores tiene que ver con que «en la medida en que la consideración del punto de vista nativo es central a la perspectiva antropológica, un concepto de «violencia» concebido desde esta perspectiva deberá tener en cuenta las distintas concepciones nativas implicadas en la disputa (incluida la concepción nativa e irreflexiva del propio investigador)»[27].

Tomando esta idea de fondo, en las siguientes líneas se exponen brevemente algunos resultados que durante mi investigación doctoral sobre procesos de humanización del parto y el nacimiento en Barcelona desde el año 2000 y hasta 2016 he podido recopilar, vinculados a distintas formas de conceptualizar la violencia obstétrica según diversos sujetos implicados en el debate. Las siguientes aportaciones han sido examinadas a la luz de una serie de premisas teóricas que es oportuno mostrar, y de las que me he ido sintiendo cada vez más convencida a lo largo de mi experiencia como investigadora de este fenómeno, y que pueden sintetizarse en que 1) la violencia obstétrica debe ser considerada una forma de violencia de género, puesto que las mujeres son las únicas que pueden experimentar la gestación y el parto; 2) la violencia obstétrica es violencia institucional en la medida en que las instituciones son un marco de reproducción de patrones culturales (cultura patriarcal) y, además de hacia las mujeres, también ejerce su fuerza sobre los profesionales de la salud; 3) la violencia obstétrica es un asunto en el que están perceptiblemente involucrados los derechos humanos; 4) el debate sobre la violencia obstétrica no es ni mucho menos nuevo, pero ha tomado fuerza, empuje y proyección pública en los últimos años y 5) el movimiento feminista ha sido clave para hacerlo posible[28] .

Tras el análisis de los datos recogidos en el trabajo etnográfico, podemos decir que algunos resultados más significativos son:

I. Para una parte considerable del personal sanitario que conforma los equipos de atención al parto en hospitales, la violencia obstétrica se materializa en toda una serie de situaciones concretas: cuando el personal se dirige a la usuaria alzando la voz, cuando se le dirigen insultos o burlas o cualquier agresión verbal del estilo y cuando hay un maltrato, sobre todo, físico, que conlleva complicaciones médicas —no tanto psicológicas— para la madre o bien el bebé. También, por supuesto, cuando se da una situación de iatrogenia con desafortunadas

[26] Garriga & Noel, «Notas para una definición antropológica de la violencia: un debate en curso», *Publicar* (Argentina), IX, 2010, pp. 97-121.

[27] Ibidem, pp.109.

[28] GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida), Violencia obstétrica: un enfoque de derechos humanos, México, 2015; Belli, L. «La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos», *Revista Redbioética/UNESCO*, (2015); Organización de Naciones Unidas, Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, (2012); Bellón, S., Obstetric violence: medicalization, authority and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?, (2014); Blázquez, M. Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid, Madrid, (2009).

consecuencias para uno de los dos, o para ambos. Dentro de este grupo, encontramos que son sobre todo las comadronas y médicos especialistas los que hacen un uso más fluido del concepto, mientras que enfermeras y auxiliares parecen estar menos familiarizadas con el término. Entre el grupo concreto de comadronas, es posible detectar un uso más integrado del término por parte de las más jóvenes, mientras que las comadronas más veteranas no lo usan con igual frecuencia. En relación con si la violencia obstétrica afecta también a los profesionales, es posible señalar que es en el colectivo de estudiantes para matronas es donde existen voces, aunque sean minoritarias, que expresan sentirse afectadas cuando han vivenciado una situación en la que ha habido algún tipo de falta de respeto o maltrato por parte del personal a una gestante usuaria sin ellas estar de acuerdo, manifestando sentimientos de impotencia y frustración.

II. El colectivo de comadronas independientes que se ocupa de la atención al parto en casa en Barcelona conceptualiza de distinta forma la violencia obstétrica. Aunque se trata de un colectivo en el que el concepto está considerablemente integrado en su discurso, es decir, se hace un uso fluido de la palabra, también entre este grupo se reconocen sensaciones de preocupación y afectación ante el término «violencia obstétrica». No obstante, en este grupo, es especialmente reconocible que patologizar y medicalizar el proceso fisiológico del parto sí es considerado como violencia obstétrica, así como la aplicación de técnicas de provocación y aceleración del parto no recomendadas por los principales organismos internacionales. Entre estas, la aplicación de los protocolos de inducción al parto es vista como especial recelo, no solo por su rigidez en cuanto a la fecha probable de parto, sino sobre todo por cómo y cuándo se plantea esta opción a las mujeres desde la institución hospitalaria. Y sobre todo la reacción del personal sanitario cuando una mujer embarazada, amparándose en el derecho de autonomía del paciente, decide declinar o bien posponer la inducción, una situación que es vista como particularmente conflictiva porque se entiende que muchas usuarias acaban siendo coaccionadas para finalmente someterse a la inducción.

En la forma de entender la violencia obstétrica por parte de las comadronas independientes, también tiene un peso relevante el acompañamiento emocional. Se entiende que no proporcionar un acompañamiento adecuado a la gestante durante el trabajo de parto, el parto o el posparto puede ser también una forma de violencia obstétrica. De hecho, entre este grupo existe cierta unanimidad acerca de que tomar el asunto del acompañamiento no como algo complementario al control médico, sería una de las formas más efectivas para poder combatir las situaciones de falta de respeto o de maltrato en los paritorios. No obstante, apuntan con frecuencia a que el propio diseño y reparto del trabajo en las salas de parto es uno de los principales obstáculos para dar un acompañamiento completo. En ese sentido, este colectivo sí que ve que hay una violencia del sistema ejercida hacia los profesionales sanitarios que acaba revertiendo en las gestantes y los bebés.

III. Dentro del voluminoso colectivo conformado por todas las usuarias del sistema de salud, podemos distinguir distintos perfiles que, a su vez, corresponden a modos diferentes de entender y emplear el concepto de violencia obstétrica. A grandes rasgos, podemos diferenciar dos grupos.

a. Existe un primer grupo de usuarias, que sería mayoritario, y en el que se integran distintas trayectorias vitales y formativas de las mujeres, que no saben

con exactitud qué significa el término violencia obstétrica. En muchos casos ni tan solo conocen ni el término ni su significado. Entre el subgrupo que dicen reconocer el término, señalan que no lo usan con fluidez, es decir, que no es un tema en el que piensen habitualmente. No obstante, al ser preguntadas sobre qué entienden que es la violencia obstétrica, suelen vincularla a situaciones de maltrato físico contra la gestante y de agresión verbal, especialmente gritos o insultos. Siempre suele aparecer este patrón: primero refieren a una violencia de carácter físico y, después, a otra de carácter verbal. En todo caso se identifica un tipo de violencia que sería, digamos, de gran formato, en el sentido de una violencia muy explícita, muy visual. Ciertos desencuentros con el personal sanitario no son entendidos como violencia obstétrica. En este grupo, muchas mujeres apuntan a que hubieran preferido un trato más amable y cálido por parte de los profesionales, pero no entienden que la antipatía de los profesionales se encuentre dentro de lo que es la violencia obstétrica. En no pocos casos, es usual que refieran a que entienden que los profesionales pueden tener días malos y que ellas tienen que conformarse con que así sea.

b. El segundo grupo de usuarias es más minoritario, y tiene un perfil más claramente delineado, que coincide con las líneas generales de lo que entendemos por paciente experto, que en este caso sería usuaria experta. Desde un punto de vista sociodemográfico y socioeconómico, se trata de mujeres principalmente autóctonas (nacidas en nuestro país), o bien inmigrantes de países que podemos considerar ricos, con un nivel de formación de estudios universitarios y que pertenecen, por simplificar, a la clase media actual. Entre este colectivo, el significado de lo que es la violencia obstétrica es más amplio e integra algunos elementos no tan evidentes, además de que muestran un uso fluido e integrado en sus discursos. Para este colectivo, patologizar y medicalizar el proceso fisiológico del parto, que para este grupo de mujeres tiene especial importancia, sí que sería considerado como violencia obstétrica-estructural. Buena parte del problema lo sitúan en que no ven concordancia entre lo que los organismos internacionales, nacionales y autonómicos aconsejan y lo que los profesionales después aplican. Este desajuste es concebido como una ausencia de actualización del personal sanitario, y en el hecho de que los profesionales no estén al día de la evidencia científica sitúan uno de los núcleos del problema principales por los que la violencia obstétrica está presente en los paritorios.

Más allá del maltrato físico y la agresión verbal que, por supuesto, incluyen en su forma de significar la violencia obstétrica, apuntan a elementos y situaciones más sutiles, por ejemplo:

- Que no se reciba y consulte el plan de parto de la usuaria
- Que no se informe a las usuarias debida y objetivamente de los tratamientos (sobre todo oxitocina, epidural, inducción…)
- Que se informe a las usuarias sin pedirles el consentimiento:
- «Vamos a mirarte, cielo, a ver cómo estás» cuando se va a realizar un tacto en vez de «¿Deseas que te realicemos un tacto vaginal…?» o bien «¿Das tu consentimiento para…»
- Recibir una reacción defensiva por parte de los profesionales cuando se les pide información detallada o cuando se les hacen demasiadas preguntas

- Que el personal sanitario aplique ciertas medidas con los bebés sin consultar a los padres o saltándose sus voluntades, como por ejemplo dar biberones sin consentimiento.
- La infantilización de la embarazada, la presión para que se someta a algún tratamiento concreto, coartar la libertad de movimientos, no poder elegir la postura para el parto, etc. son solo algunos ejemplos.

Entre este colectivo, la ausencia de un acompañamiento insuficiente o inefectivo, un asunto al que le otorgan también un peso muy importante, también es considerado como violencia obstétrica. Se entiende que los daños psicológicos están al mismo nivel que los físicos, y rechazan la idea de que un bebé sano sea suficiente para tener una experiencia positiva del parto. En este sentido, no poder estar acompañadas en todo momento por sus parejas o alguna persona de confianza también es visto como un acto violento del sistema sanitario hacia las usuarias. Además de ello, entienden que las secuelas psicológicas de un parto traumático pueden tener un impacto profundo en la vida de una mujer y que esta cuestión no es tomada con la relevancia que merece.

c. Existe otro colectivo de usuarias al que cabe hacer mención en relación con la violencia obstétrica por ser especialmente sensible a recibir este tipo de violencia: es el caso de las inmigrantes procedentes de países. Entendiendo que una sala de partos hospitalaria es un lugar donde la mujer gestante transita por un claro estado de vulnerabilidad, nos parece importante señalar que, entre todo el grupo de usuarias, las mujeres embarazadas inmigrantes lo son particularmente. A través del trabajo de campo etnográfico, puede constatarse que cuando a ciertas situaciones problemáticas, como puede ser que haya una barrera lingüística, se le añade un grado preocupante de actitudes racistas que hace años que detectamos, en general, entre el personal sanitario, aumentan significativamente las posibilidades de que esa usuaria reciba violencia obstétrica, además, a varios niveles.

Los datos etnográficos presentan, en resumen, una notable asimetría de significado, como de usos, en cuanto al concepto de violencia obstétrica. Dicha situación hace pensar que sería idóneo tratar de conseguir una definición mínimamente consensuada, pero cabe tener presente que incluso si esta meta pudiera ser alcanzada, el concepto de violencia obstétrica continuaría siendo objeto de significados alternativos, más amplios o concretos, así como la variabilidad de su uso. Desde esta perspectiva, las/-os antropólogas/-os, expertos en aplicar herramientas para la escucha activa y la descripción de las tensiones dadas en un contexto específico, podrían hacer en este punto fructíferas contribuciones. Además de ello, y desde el marco de la antropología aplicada, antropólogas y antropólogas serían especialmente útiles coordinando procesos de mediación en escenarios clave donde se detecten conflictos relacionados con esta cuestión concreta, en los que la experiencia de la mediación intercultural puede contribuir muy positivamente al acercamiento de posturas y la fusión de horizontes. En este sentido, agentes particulares y colectivos implicados en el debate sobre la violencia obstétrica deberían ceder en su empeño de liderar solos, y por ellos mismos, este tipo de procesos, dejándose aconsejar y auxiliar por otros perfiles profesionales más preparados por las características de su formación para asumir un papel de arbitraje.

La cuestión sobre si el concepto de violencia obstétrica es adecuado, asunto que se mostró central en el encuentro celebrado en mayo en Barcelona, y que ha inspirado esta publicación, ha querido reservarse para la parte final del artículo porque, por bien que

comparto la suma importancia de examinarlo, sobre todo para poder determinar si las definiciones de las que disponemos nos son realmente operativas, y cuál es el alcance de su dominio, me cuestiono por otra parte hasta qué punto el debate académico se encuentra demasiado centrado —¿estancado?— en su conceptualización. Incluso, me hace sospechar si tan extensa valoración terminológica no nos está suponiendo una distracción, puede que en cierto modo una excusa, para aplazar la recopilación de datos que nos puedan servir como indicadores, puesto que no disponemos de ellos, o la búsqueda e implementación de soluciones prácticas a casos que se están dando sobre violencia obstétrica en nuestro entorno más cercano. En la medida en que muchos investigadores de distintas áreas ya se están encargando de discutir y escrutar la dimensión conceptual, y que mis intereses se enfocan más hacia cómo la antropología aplicada puede hacer aportaciones prácticas para combatir la violencia obstétrica, no dispongo de una propuesta propia para definirla. A pesar de ello, lo que parece indiscutible es que es un término que no puede ser descartado, como se propone desde ciertos posicionamientos, por prudencia a la incomodidad que pueda despertar entre algunos profesionales de la salud: sería como admitir que se detenga el uso de la palabra feminista solo porque en algunos sectores masculinos no estén familiarizados con él o porque les despierte molestia o fastidio. Por eso, en este punto concreto, se comparte la teoría defendida por la matrona Lola Ruiz Berdún acerca de que cualquier profesional de la salud convencido de que no practica o ejerce la violencia obstétrica no tiene por qué sentirse intimidado por el uso del concepto.

En conclusión, los avances teóricos del término 'violencia obstétrica', por bien que son fundamentales como previo paso a establecer medidas, por ejemplo, en el ámbito de lo legal, pueden comenzar a compatibilizarse con la búsqueda de estrategias que contribuyan a disminuir situaciones conflictivas en las que ya tenemos conocimiento de que aflora la violencia obstétrica. Sin duda, potenciar un uso adecuado del consentimiento informado y también del plan de parto es un punto de partida desde el que empezar a trabajar. Desde el ámbito de la antropología, no obstante, y a la luz de los datos etnográficos disponibles, convendría intervenir con especial urgencia también en la sensibilización y manejo de la diversidad, cultural pero no solo, de los equipos sanitarios que trabajan en las salas de parto de nuestro país, sobre todo, a partir de cursos de formación y/o reciclaje y la elaboración de materiales especializados que la acompañen.

4.2 La concepción de la violencia obstétrica en Barcelona: un ejemplo etnográfico de cómo los riesgos pueden derivar en un peligro colectivo contra la salud[29]

Patologización del embarazo y el parto

El siglo XIX cambió para siempre la forma de pensar la gestación, el parto y el posparto. En el marco de la expansión de la epistemología positivista, sobre todo durante la segunda mitad de siglo, la Obstetricia se erigió como especialidad independiente en el campo de la Medicina (Belli, 2013). Fue entonces cuando se desencadenaron toda una batería de transformaciones en la atención del embarazo, el nacimiento y el puerperio que han ido

[29] Lázare Boix (2014a). Artículo publicado en 2014 en *Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español (FAAE)*, Tarragona, 2-5 de septiembre de 2014, pp. 4306-4329. Editorial Universitat Rovira i Virgili.

conformando el modelo estándar de asistencia sanitaria materno-infantil de las sociedades modernas. La medicalización del embarazo y el nacimiento se extendió internacionalmente con más o menos intensidad con el objetivo de dar respuesta a las complicaciones que podían presentar estos procesos fisiológicos y que en ocasiones incluso podían derivar en la muerte de la madre, el feto o de ambos. Los avances científicos y tecnológicos del momento permitieron establecer medidas biopolíticas de tendencia higienista y frenar la mortalidad de madres y bebés durante estos episodios, lo que parece que contribuyó a la normalización del control médico en todos estos capítulos de la reproducción femenina (Camacaro Cuevas, 2009; Belli, 2013). En muchos países desarrollados, esta inicial directriz derivó en una política de evitación absoluta de los riesgos que dejaba poco o nada de espacio al devenir natural del cuerpo embarazado, sometido cada vez más a pruebas, monitorizaciones y maniobras.

El conjunto de cambios que se dieron a partir de aquel momento ofrecen muchos indicadores sobre los nuevos significados que adquirieron el periodo gestacional y el alumbramiento. Uno de los más significativos tuvo que ver con el contexto espacial del parto: si bien tradicionalmente se había situado en el ámbito de lo doméstico, tomando formas diferentes, desde aquel momento sería el contexto hospitalario el concebido como el más indicado e idóneo para que las mujeres dieran a luz a sus hijos. Desde entonces y por el momento, el nacimiento no volvería a regresar nunca más a casa del mismo modo en que se fue. Incluso en los países en los que la posibilidad de parir en el hogar forma parte de la cartera de servicios asistenciales sanitarios —con coberturas distintas, según la regulación de cada estado—, la práctica del parto domiciliario ha quedado circunscrita a la elección de una clara minoría al tiempo que se ha convertido, dentro del imaginario colectivo, en una opción «arriesgada», «peligrosa» o «retrógrada». Desde hace algunos años, sin embargo, un leve aumento en la demanda del parto en casa ha reabierto la controversia sobre esta opción, suscitando un volumen considerable de publicaciones académicas de distintas especialidades (Medicina, Ciencias Sociales, Ciencias Políticas, Derecho…) que han enfocado la cuestión desde posturas diversas y una intermitente pero constante presencia en las páginas de diarios y revistas de divulgación.

También hubo un cambio, significativo y profundo, en las figuras que ejercían de forma directa la asistencia de las parturientas. Durante la mayor parte de la historia, en la mayor parte de lugares del mundo, el alumbramiento ha sido un episodio estrechamente ligado a las mujeres (Zwelling, 2008), una cuestión femenina surgida de la división sexual del trabajo (Linares Abad, 2009). En el momento del parto, las mujeres mayores que ya contaban con experiencias propias (y que eran consideradas sabias por ello), las abuelas, las madres, las hermanas, las primas, las criadas, etc. conformaban el círculo habitual para la embarazada, pero sobre todo lo eran las parteras y, en caso de que las tuvieran, sus ayudantes o aprendizas. El traslado del nacimiento al medio hospitalario comportó, sin embargo, el relevo gradual de las comadronas, quienes empezaron a ser substituidas en sus labores por los médicos especialistas, es decir, por ginecólogos y obstetras. Pero no se trata solamente de que los profesionales titulados fueran ahora vistos como las personas realmente preparadas para atender el parto, sino de que esto condujera a una transformación en el modo de enfocar la atención del mismo, porque que la nueva asistencia implicaba nuevos criterios. Ello significa que los obstetras no pasaron simplemente a realizar el trabajo de las parteras, sino que pasaron a hacerlo desde su propio modus operandi que pretendía, de hecho, alejarse de los viejos métodos utilizados por estas. Los conocimientos tradicionales de las comadronas fueron drásticamente descartados:

> «[…] todas las otras formas de hacer y saber son caracterizadas no solo como diferentes, sino como equivocadas y primitivas (haciendo énfasis en su carácter de inferiores) e incluso son relegadas o ignoradas por completo.» (Belli, 2013, p. 26)

El rechazo de su praxis se vio, además, complementado por una intensa campaña de desprestigio hacia ellas como personas que incluso las señaló como culpables de algunos males específicos:

> «Oficialmente, los obstetras lanzaron su ataque contra las parteras en nombre de la ciencia y de las reformas. Se ridiculizó a las parteras como personas <incurablemente sucias, ignorantes, incompetentes>. Particularmente, se las hizo responsables de la amplia difusión de septicemas puerperales (infecciones uterinas posparto) y de las oftalmias neonatales (ceguera provocada por una gonorrea). Ambos males podían prevenirse fácilmente con técnicas accesibles incluso a la más ignorante de las parteras (limpieza de las manos para las septicemias puerperales y gotas oculares para la oftalmia).» (Ehrenreich & English, 1973, p. 31)

Este sería el inicio de una larga pugna profesional entre médicos y matronas, en un cruce bidireccional de acusaciones sobre intrusismo todavía no resuelto. Este conflicto ha sido también interpretado como un problema de género: en la medida en que los médicos del momento eran varones, algunos autores sostienen que la gradual medicalización del parto implicó a su vez una masculinización de la atención a las embarazadas (Belli, 2013; Camacaro Cuevas, 2013; Ehrenreich & English, 1973; Linares Abad, 2009; Rigol Cuadra, 2003).

Sea como fuere, es indudable es que el parto fue trasladado a los hospitales y su asistencia legítima pasó a estar en manos del cuerpo médico. Los cambios que comportaron estos hechos, a escala macro y micro, señalan un proceso de patologización del tiempo de gestación y sobre todo del alumbramiento que pasó rápidamente a ser aceptado en la conciencia colectiva. Que los hijos llegaran a la vida en el mismo espacio concebido y reservado por antonomasia para la enfermedad e incluso la muerte empezó a verse como algo normal, tal y como acertadamente apunta Camacaro Cuevas (2009). La incidencia de estas transformaciones se instala incluso en lo simbólico: si lo normal es que la mujer embarazada se sitúe en el hospital, estas pasan inexorablemente a ser vistas como pacientes habituales y, por una irremediable extensión, a ser tratadas como personas enfermas pasando por un episodio patológico, que es el parto. La mujer se convierte así en alguien víctima de su mala salud, encerrada en un cuerpo disfuncional que, por ese mismo motivo, precisa de una asistencia sistemática y externa que no deja espacio alguno para la decisión ni la autogestión. Porque el acto de nacer, delimitado siempre antes al ámbito de lo privado y subjetivo, se consolida como un asunto perteneciente a la dimensión de lo público, donde rige una supuesta, incontestable e infalible objetividad de la ciencia.

La problematización de la intervención excesiva

El paradigma tecnocrático del nacimiento (Davis-Floyd, 2001) se instaló como modelo en las sociedades occidentales, pero siempre tuvo sus detractores. Ehrenreich y English (1973) contaban que en la Inglaterra del siglo XVIII ya se registraron movimientos organizados de comadronas que denunciaban usos excesivos de los fórceps por parte de los médicos. Sus voces fueron rápidamente aplacadas desde el sector médico por considerar que procedían

de personas ignorantes que no estaban a la altura de sus conocimientos. Se sumó a ello que se produjo un descenso de la mortalidad perinatal y que los métodos obstétricos acabaron de afianzarse y justificarse precisamente en nombre de todas las vidas salvadas.

La Ginecología y la Obstetricia gozaron durante largos años de buena salud por los innegables avances con los que contribuyeron, y sus investigaciones y descubrimientos progresaron creando y perfeccionando nuevas técnicas. Pero tan solo cien años después de su inauguración como especialidad médica, sus incuestionables procedimientos comenzaron de nuevo a ponerse tímidamente en entredicho. Fue a partir de los sesenta y los setenta, quizás por la cercanía del conocido fenómeno del «baby boom» de después de la Segunda Guerra Mundial, y en buena parte por los movimientos feministas, cuando comenzaron a manifestarse los primeros debates, todavía minoritarios, sobre si realmente era imprescindible que el embarazo y el parto fueran dominados por la Medicina. En el campo de la Antropología, estas fechas coinciden con una creciente producción de etnografías que recogían modos de nacer en otros puntos del planeta, con prácticas y procedimientos distintos a los del modelo occidental y que recopilaban saberes tradicionales de sanadoras y parteras de todo el mundo (Blázquez Rodríguez, 2005). Las publicaciones etnográficas sobre cuestiones relacionadas con la gestación, el alumbramiento y la crianza de los hijos y las hijas continuaron siendo una tendencia en la disciplina también en la siguiente década, cuando el estudio y el conocimiento de otros sistemas de atención al embarazo y el parto de otras culturas se vio como una manera de corregir el etnocentrismo desde el que la biomedicina construía sus discursos. *Anthropology of Human Birth* (Artschwager Kay, 1982) es, en este sentido, una obra de su tiempo, pues ejemplifica perfectamente estos nuevos intereses incluso desde la perspectiva de que el modo en el que nacen las criaturas son un reflejo revelador de la cultura que los acoge.

Fue en los ochenta cuando la instrumentalización excesiva en el manejo del parto comenzó a preocupar de un modo más penetrante en la conciencia colectiva y en ciertos sectores de los propios practicantes. La Declaración de Fortaleza, publicada en 1985 por parte de la Organización Mundial de la Salud, que recogía las recomendaciones de esta institución para la asistencia del nacimiento, es un reflejo claro de dicha inquietud. El texto, dirigido a los sectores públicos y privados de la sanidad con la voluntad de consensuar la práctica clínica, concibe el parto como un suceso no solo de la reproducción femenina, sino como un capítulo específico de la vida sexual de las mujeres. Ello es relevante en la medida en que, al pensarlo de este modo, se recomienda una atención respetuosa con la intimidad de la embarazada, que exceda además el mero plano clínico para procurar también apoyo emocional. La declaración describe con detalle las mejores condiciones para que el entorno de la madre sea el más adecuado durante el trabajo de parto y el alumbramiento (intimidad, luz suave, privacidad y calor), apuesta claramente por dejar que el devenir natural del cuerpo haga su trabajo y aconseja limitar el uso de medicalización (inyección de oxitocina y suministro de analgesia epidural, básicamente), de intervención (sobre todo la episiotomía) y de instrumentalización (uso de fórceps, palas, etc.) a los casos en los que sea estrictamente imprescindible. En la misma línea, señala que la práctica excesiva de cesáreas no solo no está justificada médicamente, sino que resulta perjudicial tanto para la madre como para el bebé, motivo por el cual solo debe ser practicada en partos que hayan derivado en alguna complicación, lo que estimaban ocurre entre el 10% y el 15% de los casos.

Harían falta todavía muchos años para que la infraestructura médica comenzara a mover sus maquinarias hacia la dirección sugerida por la OMS, pero de lo que no hay duda

es de que la Declaración de Fortaleza fue uno de los propulsores decisivos hacia el cambio y todavía hoy es un texto de clara referencia revisionista.

A lo largo de los noventa, las voces que reclamaban el cumplimiento de las orientaciones establecidas por la OMS se extendieron, pero el aparato médico no registró cambios significativos y la atención al parto apenas experimentó cambios, manteniéndose la dinámica de la medicalización y la instrumentalización de rutina. Fue esta la principal razón por la que la OMS volvió a insistir en esta cuestión una década más tarde. En 1996 salió a la luz pública internacional *Cuidados en el parto normal: una guía práctica* con la que la organización pretendía acelerar la «normalización» del parto y desvincularlo del intervencionismo sistemático. El documento recoge la definición de lo que es un «parto normal»:

> «Definimos Parto Normal como: Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones». (Organización Mundial de la Salud, 1996, p. 7)

Reforzando las ideas de la primera declaración, esta guía contenía evidencias ampliadas, especificaba los procedimientos a seguir para cada fase del parto (incluso en lo que refería al manejo de complicaciones), establecía a la matrona como la profesional que debe encargarse de los alumbramientos de bajo riesgo y precisaba con detalle, por un lado, una batería de medidas altamente aconsejables que, además, debían ser promovidas, al tiempo que señalaba todos aquellos procedimientos perjudiciales que debían quedar excluidos en el marco de la asistencia materno-infantil.

Traspasadas las puertas del nuevo milenio, los diez primeros años del siglo XXI muestran un panorama internacional en donde la problematización del exceso de intervención obstétrica se agudiza y se extiende dentro del tejido social.

La humanización del parto se convierte en un fenómeno a escala mundial avalado por una creciente masa de movimiento social, cada vez más organizada local e internacionalmente, que reclama la necesidad de desmedicalizar y despatologizar la gestación y el alumbramiento. Los movimientos internacionales por los nacimientos humanizados apuestan por crear las condiciones adecuadas para que la fisiología del parto pueda proceder sin intervenciones externas innecesarias, lo que implica libertad de movimiento para la parturienta, métodos no farmacológicos de alivio del dolor de las contracciones, abandono de la postura horizontal en el potro obstétrico y, a su vez, libertad para escoger la postura del expulsivo intentando beneficiar la verticalidad, acompañamiento individualizado y continuo de la embarazada, y beneficiar en la medida de lo posible el establecimiento del vínculo entre madre e hijo inmediatamente después del parto colocando al neonato en contacto directo piel con la piel de la madre para favorecer el inicio de la lactancia materna. El activismo social que apoya el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS se ha visto en buena parte nutrido por un doble empoderamiento femenino: el primero es el de las matronas, que tras sentir que durante siglos su profesión había sido secuestrada por los obstetras, han vuelto a reclamar su papel como especialistas de la asistencia de los partos sin dificultades; el segundo es el de las madres, quienes se han reivindicado como las legítimas protagonistas de sus propios alumbramientos, declinando que lo fuera el médico, y han defendido ser ellas, aconsejadas

por sus matronas, quienes decidieran la gestión del proceso, manteniendo la intervención al margen, siempre y cuando no hubiera problemas que lo justificaran.

Durante la primera década del siglo XXI, asistimos a cómo el rito tecnológico del parto hospitalario ha comenzado a desvirtuarse y, lejos de suscitar una confianza ciega en sus usuarias, ha empezado a verse como un proceso angustioso e intrusivo y, sobre todo, poco saludable física y psicológicamente. La sospecha de que la intervención sistemática es la que impera en el escenario clínico es, seguramente, una de las razones (entre otras) por las que en países como en España haya aumentado la demanda del parto en casa con comadronas (Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2010). La reactivación del parto domiciliario y la recuperación del rol de las comadronas han conllevado, además, a que ciertos sectores sociales se hayan vuelto a interesar por los procedimientos y técnicas de las parteras tradicionales. La popularización de estos saberes, sobre todo dentro de los movimientos organizados simpatizantes con la humanización del nacimiento, muestra un panorama en donde los itinerarios terapéuticos de las mujeres embarazadas ya no solo están presentes la impronta biomédica, sino en donde el dato clínico se entremezcla con tratamientos complementarios provenientes de las denominadas terapias alternativas y de estos saberes tradicionales. La intuición natural e instintiva de las madres y de las comadronas se consolida cada vez más como un «conocimiento de autoridad» (Davis-Floyd & Davis, 1996) que se pone al mismo nivel que el del saber médico.

La intensidad de este conjunto de reivindicaciones, venidas sobre todo desde América, Europa y Australia, se ha materializado desde 2004 en la celebración de la Semana Mundial por un Parto Respetado (SMPR) que tiene lugar cada año aproximadamente en la tercera semana del mes de mayo, y cuyo seguimiento internacional cuenta cada vez con más apoyos.

Los cuerpos sanitarios de los Estados no han sido ni son ajenos a estas demandas y nuevas realidades. Por una parte, la solicitud social de normalizar el parto y de buscar nuevas estrategias ha estado apoyada, aunque no de forma generalizada, por secciones de profesionales de la salud que se han mostrado críticos con los procedimientos de sus propias disciplinas y que han afirmado la necesidad de repensar el papel del parto. Cabe suponer que este hecho ha tenido su impacto dentro de las propias instituciones. Por otra parte, es apropiado insistir en que, en todo este proceso, las mujeres no han querido desvincularse nunca del conocimiento médico y de las ventajas que este posee en momentos críticos. Tampoco han dejado nunca de ser conscientes de que puede haber riesgos, a veces graves, para la salud de la madre, del bebé o de los dos cuando aparecen adversidades. Más acertado sería afirmar, que en la medida en que nunca han perdido de vista los riesgos ni han negado la eficacia de la metodología médica, las mujeres de finales del siglo XX han exhortado a las instituciones sanitarias a realizar cambios en su praxis y a tomar en cuenta la voz de sus usuarias precisamente por una lógica de aprovechamiento de recursos y conocimientos a la que no quieren renunciar. Las madres y sus familias quieren que los nacimientos sean atendidos con el trato humano que el especial momento merece a la par que desean tener a su disposición la tecnología vigente para poder hacer uso de ella en los episodios que lo requieran, que deberían ser una minoría (Organización Mundial de la Salud, 1985, 1996). Si las mujeres embarazadas hubieran querido desvincularse para siempre de la Medicina, el parto hubiera vuelto a trasladarse al domicilio de forma masiva, cosa que no ha ocurrido. No han dejado al margen, entonces, ni a los profesionales ni al medio sanitario, y prueba de ello es que el hospital sigue siendo el lugar más escogido por las embarazadas para dar a luz tanto en Australia, como en América, como en Europa. En

Europa, de hecho, es así incluso en países donde la cobertura médica incluye el parto en casa.

Los inicios de la humanización. España, Cataluña y Barcelona

Son todos estos algunos de los factores que ayudan a comprender la radiografía actual que ofrecen los servicios sanitarios en algunos países occidentales, sobre todo europeos[30], donde se ha iniciado lentamente el cambio de rumbo en lo que refiere a la asistencia al parto, por lo menos teóricamente. En el Estado español, concretamente, entre los años 2000 y 2010, aparece un goteo constante de documentos y nuevas tácticas sanitarias relacionadas con la atención del embarazo, el parto y el puerperio por parte del Ministerio de Sanidad (que durante este periodo ha cambiado de nombre en diversas ocasiones). Si bien la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2007) supone uno de los textos de referencia, así como la Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso (Federación de Matronas de España, 2007), existen otros también destacados: Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010), Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones (ibídem, 2009), Guía de Práctica clínica sobre la atención al parto normal (ibídem, 2010) y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ibídem, 2011).

En este contexto, en Cataluña el surgimiento de nuevos protocolos, estudios y guías sanitarias se inicia incluso antes. En 2003 sale a la luz el Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó[31] (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003), en 2005 se publica el Estudi sobre la Situació de l'Atenció Sexual i Reproductiva[32] (ibídem, 2005) y la segunda edición revisada del Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, y más tarde el Protocol per a l'assistència natural al part normal[33] (ibídem, 2007a) y la Guia d'assistència del part a casa[34] (Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2010). Todas estas nuevas estrategias sanitarias se ven además apoyadas desde 2008 por un acuerdo de gobierno de la Generalitat en el que se establece la promoción del parto natural en los hospitales públicos catalanes (Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència. Direcció General de Comunicació del Govern, 2008).

Son múltiples los hospitales públicos del territorio catalán que a partir de ese momento publican sus protocolos específicos para adecuar la atención sanitaria del parto y el posparto a las nuevas demandas de las usuarias y sus familias. En Barcelona, foco central de la investigación doctoral en la cual se basa este artículo, destacan significativamente el presentado en 2010 por parte del Hospital Infantil Sant Joan de Déu bajo el nombre de Programa MARE (MAternitat REspectada[35]) - part natural i segur (Hospital Sant Joan de Déu, 2010) y el del Programa PART (Programa d'Atenció i Respecte al parT hospitalari[36]) lanzado por el Hospital Clínic de Barcelona en 2011 (Servei de Medicina Maternofetal et al., 2011).

[30] A pesar de que los movimientos sociales partidarios de normalizar el parto son particularmente activos en países como México, Venezuela, Argentina, Brasil, Canadá o Estados Unidos, las medidas provenientes de las instituciones sanitarias están muy por detrás de las que se están tomando en el marco de la Unión Europea.

[31] Traducción: *Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido*.

[32] Traducción: *Estudio sobre la Situación de la Atención Sexual y Reproductiva*.

[33] Traducción: *Protocolo para la asistencia natural al parto normal*.

[34] Traducción: *Guía de asistencia del parto en casa*.

[35] Traducción: *MAternidad Respetada (MARE) – parto natural y seguro*.

[36] Traducción: *Programa de Atención y Respeto al parTo hospitalario (PART).*

Las modificaciones protocolarias de los hospitales públicos de Barcelona coinciden en el tiempo con un doble fenómeno ocurrido en el sector de la sanidad privada de la ciudad. Sobre todo, desde los últimos tres años, por un lado, los hospitales y clínicas privadas de Barcelona han empezado a publicitarse como centros en donde está asegurada la atención humanizada del parto; sin embargo, no he podido conocer hasta el momento ningún documento que haya salido a la luz pública en donde así lo especifique. Parte importante de mis informantes clave, mayoritariamente usuarias, pero también matronas y doulas, transmiten a menudo su sospecha de que se trata únicamente de una estrategia de márquetin, pues en sus entornos profesionales está extendida la idea de que las inducciones farmacológicas al parto y la práctica de la cesárea y la episiotomía son sistemáticas en los centros privados. Por otro lado, al tiempo que los hospitales públicos han ido dando a conocer sus nuevos protocolos, supuestamente partidarios de promocionar el parto normal, los pequeños centros privados de salud que desde hace más de dos décadas han estado ofreciendo atención al parto domiciliario asistido por matronas han visto cómo la demanda de sus servicios se ha incrementado cada vez más en los últimos diez años, y lo mismo ha sucedido con las actividades profesionales de las comadronas independientes que trabajan en Barcelona.

Pero pese al grueso de documentos, guías sanitarias, estudios y recomendaciones, no obstante, y probablemente por el hecho de que las mujeres cuentan con un mayor número de información y un criterio más definido sobre cómo desean ser atendidas por los servicios de salud catalanes, la mayor parte de las informantes no se mostraban ni se muestran satisfechas como usuarias. En los círculos sociales de Barcelona simpatizantes con la filosofía del parto fisiológico y la atención humanizada, la satisfacción de las mujeres usuarias únicamente es notable y superior en aquellas que decidieron parir en casa.

El concepto de violencia obstétrica y algunos aportes críticos

Los procesos de humanización del nacimiento han calado de forma desigual en las sociedades modernas. Al tiempo en que en ciertos puntos del mapa la convicción de que era necesario devolver al parto un halo de normalidad y humanizar su atención sanitaria, en aquellos en los que ni estados ni instituciones no han movido todavía ficha, la percepción de insatisfacción de las mujeres y familias que se declinan por un parto natural ha aumentado, así como su sensación de estar siendo ignoradas. Es este el caso de países como México, los Estados Unidos o la mayoría de los estados de Suramérica, en donde no solo las voces de muchos profesionales de distintas disciplinas (comadronas, ginecólogos, psicólogos, sociólogos, antropólogos y abogados, entre otros) están siendo desoídas, sino en donde los porcentajes anuales de cesáreas (uno de los criterios básicos que se utilizan para conocer la adecuada atención materno-infantil) continúan excediendo sobremanera los recomendados por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1985 y 1996), y a menudo incluso duplicándolos.

Resulta notorio cómo precisamente en estos lugares el activismo por el proceso natural del parto y el reclamo del derecho de las mujeres a decidir cómo desean dar a luz a sus hijos ha ganado tanta fuerza social en los últimos tiempos. Tampoco es extraño que su lucha se haya centrado de un modo más intenso en la denuncia constante de casos en los que la voluntad de las mujeres embarazadas ha sido quebrada por el poder médico. Y es que es justamente en estos contextos donde empieza a tomar forma la noción de «violencia obstétrica».

Como sucede a menudo cuando un concepto se encuentra en fase de construcción, la violencia obstétrica no cuenta todavía con una definición estándar y consensuada. De forma simplificada, empero, podemos señalar que se entiende por violencia obstétrica cualquier tipo de maltrato procesado a la mujer embarazada por parte del personal sanitario durante la gestación, el alumbramiento o el periodo del posparto. Laura F. Belli expone:

> «Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente —aunque no con exclusividad— en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto.» (Belli, 2013, p. 28).

Señala acertadamente la autora, no obstante, que, si bien la violencia obstétrica suele vincularse con el embarazo y el parto, es extensible también a otros episodios de la sexualidad y la reproducción de las mujeres como son el aborto, la menopausia o la anticoncepción.

Parece haber un mayor consenso en que la violencia obstétrica puede manifestarse esencialmente de dos maneras. Existe el tipo de violencia obstétrica de carácter físico, en donde las prácticas médicas invasivas, el suministro injustificado de medicamentos, la interrupción injustificada de los tiempos que requiere el parto y la intervención farmacológica o instrumental, sin previo consentimiento de la usuaria o, como mínimo, sin que haya sido informada, son algunas de las formas en que se materializa. Y la tipología que atañe al plano psicológico y emocional, siendo algunos ejemplos el trato deshumanizado, el insulto, la falta de respeto, las humillaciones y las amenazas vertidas sobre la parturienta por parte de los profesionales médicos. Nótese cómo en la violencia obstétrica física lo que resulta afectado es el plano corporal, mientras que en la variante psicológica lo es el plano mental.

La violencia obstétrica de tipo psicológico suele ser más difícil de detectar y de demostrar, lo que puede explicar que las usuarias muestren hacia esta un mayor umbral de tolerancia y un menor índice de denuncia. La violencia obstétrica física, cabe añadir, cuando aparece en los testimonios de mis informantes, suele venir acompañada de capítulos de violencia obstétrica psicológica. Y también, que en las historias de parto en las que la violencia obstétrica tiene un papel protagonista, es extraño que esta aparezca de una única manera, antes más bien suelen ser testimonios en los que claramente se van encadenando maltratos de distintos tipos sobre cuestiones diferentes que atañen a la propia evolución de cada nacimiento.

La violencia obstétrica ha sido conceptualizada como una forma de violencia de género y la mujer embarazada ha sido el punto de partida desde el cual se han ido configurando sus significados. De hecho, el 25 de noviembre, Día Internacional contra la Violencia de Género es también el día en que se reivindica el fin de la violencia obstétrica. Si bien no cabe margen de duda en que este tipo de violencia se ha cernido directamente, ahora y siempre, sobre las mujeres, contemplarla como violencia de género puede comportar ciertas limitaciones teóricas[37]. Pienso especialmente en casos en los que la violencia obstétrica acaba provocando daños graves no solo en la mujer embarazada, sino también

[37] En la actualidad considero la violencia obstétrica como una forma de violencia de género, sin lugar a duda. Esta publicación corresponde a una etapa muy inicial de mi acercamiento a esta temática.

en el recién nacido. Es el caso, por ejemplo, de una de las últimas denuncias que la organización española El Parto es Nuestro ha hecho pública y ha interpuesto como acusación popular a un hospital público de Barcelona por el caso de una mujer paraguaya a quien se le practicó unos fórceps didácticos[38] sin que ello estuviera debidamente justificado, lo que acabó ocasionando consecuencias graves no solo para la embarazada sino también para su hijo, que tuvo que ser trasladado a otro hospital para recibir cuidados intensivos en la Unidad de Neonatología (Nárvaez Sotelo & El Parto es Nuestro, 2013)

En los casos como el presentado, los daños exceden a la figura de la madre y llegan hasta el bebé, perjudicándolo a él (o ella) también, motivo por el cual en este tipo de situaciones, además de violencia obstétrica, se da lo que podríamos denominar «violencia neonatal», en un intento de crear un concepto que ponga al recién nacido en el centro de atención. Adviértase que en el momento en que el neonato sufre una lesión por parte del cuerpo sanitario por un caso de violencia obstétrica, además de él y la madre, puede aparecer directamente afectado el padre (en caso de parejas heterosexuales) o la otra madre (en caso de parejas lesbianas) de la criatura, cuando la madre tiene pareja. Lo relevante es, que si la tiene, y sobre todo si es el padre (porque la ley opera de forma distinta y discriminatoria con las parejas de las mujeres lesbianas), el perjuicio de las lesiones del niño o de la niña acaba también convirtiéndolo en un afectado de primer grado, en la medida en que desde el punto de vista legal es, junto con la madre, el responsable directo del bebé. En resumen, se puede concluir que el concepto de violencia obstétrica es operativo pero no suficiente en circunstancias en las que el bebé se ve afectado por una desafortunada intervención de los médicos, y que en este tipo de casos puede ser más coherente hacer uso del término violencia neonatal.

Otro de los aspectos implícitos en cómo se ha definido la violencia obstétrica es que se ha construido desde la óptica de una excesiva intervención médica. Bertrand Parra sostiene que la iatrogenia, que es el nombre que recibe toda alteración de la salud provocada por una maniobra médica (Bertrand Parra, s. f.), puede ser causada bien por acción o bien por omisión. Así, los teóricos e investigadores que trabajan con el concepto de violencia obstétrica, debieran plantearse si no es también violencia obstétrica aquella que, por la vía de la pasividad, no ofrece asistencia sanitaria cuando las circunstancias sí lo precisan, como en los casos de urgencia. Amnistía Internacional tiene actualmente activa una campaña internacional denominada «Maternidad: peligro de muerte. La crisis de la asistencia a la salud materna en Estados Unidos». El informe de la campaña muestra cómo un altísimo número de mujeres en Estados Unidos muere a consecuencia de factores relacionados con el parto porque, al no tener un seguro médico contratado, no pueden acceder a los servicios de asistencia materno-infantil (Amnistía Internacional, 2010). Son, en su mayoría, muertes dolorosas y dramáticas que, de haber podido contar con los recursos médicos necesarios, quizás pudieran haberse evitado. Cabe preguntarse: ¿y no es, acaso, violencia obstétrica que uno de los países que cuenta con casi los mejores recursos científicos y tecnológicos de casi todo el planeta, no ponga a disposición de las personas que viven en él todo el aparato médico del que dispone porque haya algunos individuos que no hayan podido contratar un seguro privado de cobertura sanitaria? El exceso de intervención obstétrica tanto como la ausencia de esta puede conducir a la parturienta a situaciones de vulnerabilidad y peligro no tan distantes.

[38] Los fórceps didácticos refieren a la práctica de extraer al bebé del cuerpo de la madre haciendo uso de este instrumento cuando son los estudiantes de Medicina quienes realizan la operación, dirigidos por un profesor, con la finalidad de que practiquen esta técnica obstétrica.

Si bien es cierto que la literatura académica sobre violencia obstétrica es todavía escasa, la mayor parte de publicaciones que existen han nacido suscitadas por cómo se ha ido conceptualizando en el ámbito de lo legislativo. América Latina ha sido pionera en tratar la violencia obstétrica como una vulneración de los derechos básicos de las mujeres y no es de extrañar entonces que haya sido allí donde se ha gestado su formulación como delito.

La primera regulación normativa de la violencia obstétrica tuvo lugar en 2004 en Argentina. La ley nacional n.º 25.929, conocida como Ley del Parto Humanizado, aglutina en el Artículo 2 toda una batería de derechos que la mujer posee ante la gestación, el parto y el posparto. Según este documento legal, las mujeres tienen el derecho de ser informadas de las estrategias e intervenciones médicas que les procesen, tienen derecho a ser tratadas desde el respeto, con una atención personalizada y a ser pensadas como personas sanas capaces de autogestionar su propio parto desde un rol protagonista, al tiempo que tienen derecho de ser informadas en todo momento de la evolución de su parto y del estado de su futuro hijo o hija. La Ley de Parto Humanizado, además, señala que las mujeres tienen derecho a tener un parto natural cuando así lo deseen, a estar acompañadas en todo momento por una persona que ellas mismas hayan escogido, a que los exámenes médicos a los que deban someterse estén justificados por la necesidad clínica y no por razones de la investigación y a que sus hijos permanezcan a su lado en todo momento durante la estancia en el hospital, siempre y cuando el neonato no necesite de cuidados especiales. El derecho a la información sobre los beneficios de la lactancia y lo perjudicial del alcohol, el tabaco y las drogas sobre el feto y la madre también está recogido (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2004).

Pero no fue sino hasta 2007 cuando Venezuela tipificó por vez primera la violencia obstétrica como un delito, en el seno de su controvertida Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. El Artículo 51 de la misma considera hechos constitutivos de violencia obstétrica la no asistencia oportuna de una emergencia obstétrica (véase como aquí sí queda definida desde la vía de la omisión), obligar a las mujeres a tomar la posición horizontal para parir u obstaculizar que pueda elegir una postura que beneficie la posición vertical, dificultar el establecimiento del vínculo del niño con su madre en las ocasiones en las que no es clínicamente imprescindible que se dé la separación entre ambos después del parto, recurrir a estrategias de aceleración del proceso del parto en procesos de bajo riesgo y a que se practique a las mujeres una cesárea sin haber obtenido antes su consentimiento (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007).

En el año 2009 la legislación argentina retomó la cuestión de la violencia obstétrica en el marco de la Ley n.º 26.485, también denominada Ley de protección integral de las mujeres, en donde el apartado e) del Artículo 6 consta la violencia obstétrica como una de las formas en las que se materializa la violencia contra las mujeres (Ley No 26.485 Ley de protección integral de las mujeres. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, 2009)

La vivencia del cuerpo robado: contribuciones etnográficas[39]

Más allá del marco teórico y legal del propio concepto, la violencia obstétrica tiene que ver con las vivencias personales de las embarazadas en la dimensión de lo cotidiano, y en ello

[39] Mi sentido agradecimiento a las personas que han compartido conmigo sus experiencias pese a que en la mayoría de ocasiones haya sido difícil recordar lo vivido. Agradezco especialmente a las mujeres del círculo de la asociación DonaLLum el haberme ayudado tan generosamente a profundizar en los aspectos más relevantes de la violencia obstétrica a través de sus testimonios.

la Antropología y, sobre todo la etnografía, pueden hacer sus aportaciones. Desde el punto de vista etnográfico de mi investigación en la ciudad de Barcelona, la violencia obstétrica puede formularse sobre todo como un estado personal en el que la madre se piensa y se reconoce en retrospectiva como una víctima de un intervencionismo injustificado por parte de los servicios de asistencia hospitalaria. Se trata de una cuestión en la que la experiencia subjetiva de cada mujer es determinante. He conocido a mujeres que han tenido partos altamente medicalizados cuyo recuerdo no tiene nada de traumático, antes más bien tienen un testimonio positivo. También conozco a mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica, entendida como hemos visto en el apartado anterior, y que no saben que lo han sido. Esto sucede con frecuencia precisamente en aquellos testimonios en los que la madre se acogió a uno de los nuevos protocolos que promulgan el parto normal. Suelen explicar, normalmente satisfechas, que el proceso fue natural y espontáneo, hasta que llegado a cierto punto del relato cuentan cómo los médicos les practicaron, por ejemplo, una episiotomía sin anestesia local, lo cual mencionan en un primer momento como una excepción en todo el proceso supuestamente natural; una excepción de la cual, además, no se detienen a dar detalles:

> «Hubo un momento en que se miraron… sí… callados… y yo… [pone cara de asustada], pero era… era por el corte este en… ¿sabes no? Eso hizo daño. Pero no, no… el bebé estaba bien… y luego ya todo muy bien [y sonríe ampliamente]». (M.S.)
> (Diario de campo, diciembre del 2013)

Con cierta habilidad para retomar con los informantes este tipo de cuestiones, suele emerger con sorprendente prontitud que no se les demandó el pertinente consentimiento informado e, incluso en algunos casos, ni tan siquiera fueron informadas de que se les iba a practicar tal estrategia médica. En estos casos, tampoco entonces se reconocen como víctimas de la violencia obstétrica, cuando todo apuntaría a pensar que sí lo han sido.

Cuando me refiero a que la violencia obstétrica es un estado personal, es preciso tomar en cuenta que es un estado de autoconciencia sobre lo que ha ocurrido. La mayoría de mis informantes conocen qué es la violencia obstétrica y pueden definirla, y es por ello por lo que pueden pensarse a sí mismas dentro o fuera, cerca o lejos, del grupo de personas que la han padecido. La información de la que disponen y sus propios conocimientos sobre qué es la violencia obstétrica suele guardar estrecha relación con el modo en que transmiten sus experiencias. Parte importante de ellas suelen explicar que pasado el parto, y a pesar de que en casi todos los casos el nacimiento acabó con la llegada de un bebé sano, había algo en su interior que no les permitía sentirse felices. Es frecuente que les cueste describir la desazón que mencionan, pero suelen coincidir en que es un malestar que reside largo tiempo en ellas y que tarda mucho tiempo en salir al exterior, lo que mayoritariamente sucede cuando averiguan en qué consiste la violencia obstétrica y pueden comenzar a poner palabras a esa sensación.

Los episodios de violencia obstétrica de estas mujeres se sitúan en una amplia mayoría durante el transcurso del primer embarazo y el primer o, como mucho, el segundo parto (después de que el primero también lo fuera). Generalmente desde la óptica retrospectiva, las madres señalan que en las pruebas de control del embarazo ya se encontraron en situaciones incómodas con la praxis del personal sanitario. En los relatos de mujeres que decidieron dar a luz en casa, y que así lo comunicaron a los profesionales durante la etapa de gestación, estos hechos son todavía más frecuentes y sus desencuentros

con los criterios de los médicos mucho más intensos. Las divergencias entre las madres y el personal sanitario durante el embarazo, cuando las hay, suelen surgir alrededor de cuestiones como la prescripción de algunos medicamentos, la realización de pruebas que pueden comportar algunos riesgos para el feto o la realización excesiva de revisiones tocológicas (tactos vaginales), cuya práctica ha desencadenado un debate sobre su eficacia o no en el propio seno de los profesionales. En los embarazos en los que el parto no se ha desatado naturalmente en la semana 41, la inducción artificial es uno de los aspectos que crea mayores controversias entre las madres y los médicos. Y una vez comenzado el parto, los desacuerdos en cuanto a la rasuración de los genitales, el enema, la colocación de una vía, la rotura provocada de la bolsa, las revisiones sistemáticas mediante tacto vaginal, la inyección de oxitocina sintética, la suministración de la analgesia epidural, la realización de la episiotomía o la decisión de derivar a una cesárea son continuos en la mayor parte de las historias del primer parto.

Tras una experiencia poco o nada satisfactoria de las usuarias en su primer (o segundo) alumbramiento en el contexto hospitalario, es frecuente que cuando se embarazan por segunda, tercera (pocas) o cuarta vez (realmente pocas) cambien de estrategia y busquen en otros lugares una atención más acorde con su propia perspectiva de cómo debe ser la asistencia del nacimiento. Pueden lograrlo probando en otro hospital diferente o decidiendo que el parto transcurrirá en el hogar con la supervisión de comadronas. Prácticamente todas las mujeres que, después de una vivencia traumática por violencia obstétrica, logran después tener partos normales con una atención mucho más respetada y personalizada, están de acuerdo en que conseguirlo, en vez de abrir un proceso en el que sus viejas heridas se puedan comenzar a cerrar, se reabren con más fuerza que nunca, porque es entonces cuando toman plena conciencia de hasta qué punto han sido víctimas del intervencionismo abusivo:

> «El segundo parto no sanó mi primera experiencia, de hecho, fui, todavía, más consciente de la gravedad. De la injusticia y el padecimiento gratuito del cual fui objeto. Moría de rabia. Pero sí que me sanó a mí o, al menos, fue un gran paso.» (J.R.)
> (Notas de campo, 5 de abril del 2014)

Las secuelas dejadas por la violencia obstétrica son percibidas como muy peligrosas porque las madres afirman que suelen marcar el inicio de los problemas que aparecen posteriormente, a medio o largo plazo, y que tienen que ver con sus parejas, con sus hijos e hijas o con sus familias.

Las historias de parto de las mujeres que afirman haber vivido capítulos de violencia obstétrica, están atravesadas por toda una serie de nociones que remiten a cómo es captada la vivencia de la corporalidad en este tipo de situaciones. Pese a que es recurrente la idea de que la violencia obstétrica está íntimamente ligada al trato deshumanizado, el cuerpo es, quizás, el punto de atención por excelencia en estos testimonios. No es insólito que cuando las mujeres hablan de sus historias personales, lo hagan a través de un minucioso recorrido por las cicatrices que la violencia obstétrica ha imprimido en su carne, sobre todo en el caso de las que cuentan con la huella de la episiotomía o de la cesárea. Los significados corporales que se desprenden de sus experiencias nos hablan sistemáticamente de un cuerpo secuestrado por los profesionales médicos, uno del cual dejan de tener el control temporalmente y cuya potestad pasa a ser de los médicos para luego devolvérselo a las

mujeres en un estado que ni ellas mismas son capaces de reconocer. La expresión literal del «parto robado» es recurrente en sus relatos.

La idea de que en el paisaje hospitalario dejan de ser personas para convertirse en cosas es igualmente recurrente. La sensación de cosificación percibida toma en sus discursos la rotunda convicción de que el rito médico las desnuda de su propia subjetividad y las convierte en objetos. La dicotomía del sujeto y el objeto en la conceptualización de la violencia obstétrica ha sido trabajada por diversas autoras como Belli (2013) y Camacaro Cuevas (2009, 2013).

Nos encontramos así ante un cuerpo-objeto que a los ojos de los sanitarios es disfuncional y no va a poder completar por sí mismo y con éxito el nacimiento. La confianza de las mujeres en sus propios cuerpos suele aparecen en estos discursos en contraposición a la desconfianza con que lo piensan los médicos. Muchas mujeres opinan que son ellas las mejores conocedoras de sus propios cuerpos en la medida en que son los suyos. Es justamente en la noción de un cuerpo disfuncional donde descansa la justificación de todas las acciones médicas que describen las mujeres: el hecho de que no sea imaginado como capaz de resolver el proceso por sí mismo produce automáticamente la necesidad de tener que ser controlado e intervenido. A veces, cuando las informantes comentan sus experiencias con la analgesia epidural, subrayan asiduamente que el hecho de no poder moverse, ya que no poseen sensibilidad en la mitad inferior de su cuerpo, es uno de los momentos en los que se materializa más visiblemente su falta de control y, por extensión, la posterior dependencia que tienen de los médicos. Es la imagen de un cuerpo inerte e inmovilizado al que no le queda más alternativa que ponerse a merced de la autoridad médica.

En sus charlas informales, es también habitual que hablen de sí mismas refiriéndose a una vagina. Creen que es eso lo único que son a los ojos de los médicos: una vagina sin nombre, sin historia, sin sentimientos y, sobre todo lo demás, una vagina incompetente que no dispone de conocimiento ni información alguna y, por ende, tampoco tiene ningún criterio.

> «En cuanto entré y… y me dijeron que sí estaba [de parto], bragas fuera y entonces… entonces ya no tienes ni nombre, tu! No eres ni mujer, ni madre. Eres una vagina que va a soltar un bebé. Y encima… encima una vagina ton-ta porque tú no sabes nada de nada, ¿qué vas… a saber?» (L.S.)
>
> (Notas de campo, marzo del 2014)

En este punto es interesante cómo las usuarias se proyectan a sí mismas como una sola parte de un cuerpo y no un todo. Se entiende que además de saberse como un cuerpo invadido y dependiente, también se sienten como un cuerpo reducido a una sola parte, que en este caso es la vagina.

La vivencia de la corporalidad femenina en el marco de la violencia obstétrica nos enseña, en resumen, un cuerpo herido en el que reside la huella física de la violencia a través de las cicatrices (externas o no). Es la noción de un cuerpo expropiado, dominado y cosificado, que se ha transformado en un objeto deshumanizado y del que cabe desconfiar en la medida en que es disfuncional. Un cuerpo incapaz de autogestionarse, paralizado y reducido a una única parte, que es la vagina, y cuya intimidad y privacidad ha quedado al margen para erigirse como un escenario de dominio público. Pero por encima de todo, un cuerpo dependiente que necesita ser controlado y auxiliado.

Consideraciones finales

El estudio de los procesos y narrativas intrínsecos a la humanización del nacimiento, que en Europa es la tendencia hacia la que se dirige la asistencia sanitaria de la salud materno-infantil, especialmente en lo que respecta al embarazo, el parto y el puerperio y, sobre todo, el estudio de su evolución no solo desde el punto de vista de la clínica, sino como fenómeno sociocultural, nos muestra una acuarela en el que las sociedades modernas absorbieron los riesgos hasta el punto de integrarlos dentro de la normalidad. De modo semejante a como lo formula Uribe (2009), el activismo por los también conocidos como nacimientos dignos o respetados se levanta sobre una ideología crítica con la irracionalidad con que la que han sido tratados los riesgos, otorgándoles un papel que no era el suyo. En Europa, en América y en Australia las mujeres manifiestan la situación en la que se encuentran ante la gestación y el alumbramiento porque conciben que la buena voluntad que inicialmente tuvo la Obstetricia de reducir al máximo los riesgos que podían surgir en el proceso del parto ha acabado por convertirse en un peligro en sí mismo, puesto que han anulado la posibilidad de que las mujeres puedan parir de forma sana y en el marco de la normalidad. La patologización del parto ha situado los riesgos en un plano protagonista, por delante incluso que el de las propias mujeres, lo que ha acabado revirtiendo negativamente en la salud de estas. Como señala el antropólogo:

> «Las ideologías modernas de la prevención están sobrecargadas de una gran ensoñación tecnocrática, racionalizadora, que pretende el control absoluto del accidente concebido como irrupción de lo imprevisto. En nombre del mito de la erradicación total del riesgo, tales ideologías construyen en su propio provecho un conjunto de nuevos riesgos que, a su vez, se convierten en blancos de intervenciones preventivas.» (Uribe Oyarbide, 2009, p. 147)

La violencia obstétrica se ha ido edificando como concepto al mismo tiempo que las reclamaciones por devolver al parto la normalidad en que transcurrió durante siglos se han extendido a escala internacional, penetrando de forma asimétrica en los distintos lugares del mapamundi y en sus instituciones políticas y sanitarias. El proceso de su definición, cuya construcción no debería darse por acabada, ha puesto de manifiesto que la intervención abusiva en los partos de bajo riesgo aporta más efectos nocivos que no beneficiosos para la salud materna y la de los recién nacidos. Inmersas en un océano de sistemáticos rituales hospitalarios que las inhiben como personas, no es de extrañar que las mujeres hayan empezado a establecer fronteras corporales para protegerse contra protocolos invasivos como camino de preservación de la propia salud. El empoderamiento de las mujeres, confiadas desde esta perspectiva en la capacidad fisiológica de sus cuerpos para dar a luz, y la reclamación de ser tratadas con dignidad y respeto, son estrategias específicas para recuperar el control sobre su propio cuerpo y del protagonismo que les fue arrebatado. Se trata de abandonar para siempre el potro obstétrico para tomar las decisiones relativas a su reproducción y sexualidad desde la sustentación de sus propios pies.

5. PARTO Y NACIMIENTO DIGNO EN BARCELONA

5.1 Los procesos procreativos desde la Antropología: el caso de las madres de Barcelona por un parto respetado[40]

Introducción: una propuesta metodológica para el análisis de los procesos procreativos desde la Antropología

En este artículo se presenta una técnica de análisis etnográfico, la *cronografía*, diseñada para estudiar en profundidad aspectos de la reproducción humana y, muy especialmente, el periodo procreativo mientras el hijo es un ser dependiente y necesita de una célula familiar para cubrir todas sus necesidades básicas. La antropología ya se aproximó a partir de los años 70[41] al estudio de la reproducción, al proceso del embarazo, parto y puerperio, cuando surgió con fuerza el debate feminista que, además, ayudó a reducir el peso de la conceptualización biológica de la reproducción, poniendo el acento en lo social y cultural, en los modelos reproductivos de las sociedades estudiadas y el imaginario procreativo. Los estudios etnográficos revelaron que cada sociedad representa y estructura el proceso procreativo de una manera determinada, contradiciendo una única fragmentación posible en tres fases (embarazo, parto y posparto) que solo visibilizaría la propia perspectiva de la obstetricia que prioriza al feto/embrión y su estado evolutivo, sin incorporar las ideas sobre la formación del hijo gestante y el propio nivel experiencial de la madre u otras figuras parentales. Aun así, tal como ha señalado Blázquez (2005, p. 3), la literatura ha prestado una especial atención a la fase del parto, al no considerar el proceso como un todo o que las fases deberían ser entendidas en continuidad «ya que las relaciones y conceptualizaciones que se dan son transversales a todas» (Blázquez Rodríguez, 2005, p. 3). Esta visión que parcializa así el proceso no deja entrever la hermenéutica de muchos de sus contenidos y sentidos, solo inteligibles a la luz de la estructura. Por lo tanto, si a nivel etnográfico se trata de captar otras dimensiones sobre formas de conceptualizar, experimentar y practicar la reproducción humana, estamos lejos de entender cómo cada sociedad piensa y organiza el proceso a su manera.

Lo que presentamos en este artículo son los resultados de una metodología de análisis que pretende captar los principios ontológicos subyacentes en el proceso reproductivo de las sociedades humanas. Porque, además, en la actualidad, cada vez son más los esfuerzos que van dirigidos al surgimiento de un nuevo esencialismo genético que no deja de conllevar efectos en las concepciones embriológicas, los roles parentales y el propio ámbito del parentesco. Se trata de combatir la idea de que el proceso sea visto como natural (Tabet, 1985, pp. 62 y 121), cuando es sociocultural por mucho que las nuevas tecnologías estén en uso. En última instancia están las personas que construyen sus propias

[40] Lázare & Fons Renaudon (2016). Artículo publicado en 2016 en *Quaderns-e,* Vol. 21, núm. 2 (2016). (Ejemplar dedicado a: Parentalidades. Procesos procreativos, contextos emergentes y enfoques interdisciplinares), págs. 21-37.

[41] Por citar algunos autores: Stoller Shaw (1974); McClain (1975); Cosminsky (1977); Jordan (1977); Kitzinger (1978); Annis (1978); Oakley (1980); MacCormack (1982); Sargent (1982; 1996); Artschwager Kay (1982); Rothman (1982, 1986); Laderman (1983); Tabet (1985); Newman (1985); Raphael (1985); Eakins (1986); Martin (1987); Oackley (1987); Petchesky (1987); Jeffery, (Jefferey et al., 1989); Esteban (1992); Lindendaum y Lock (1993); Browner y Press (1995); Narotzky (1995); Press et al. (1996); Taylor (1996); Davis Floyd y Sargent (1997); López (1998); Rapp (2000); Imaz (2001); McPherson y Walks (2011).

nociones en base a sus experiencias. Es en este sentido que nos ha parecido de interés estudiar cuáles son los principios nucleares que se ven reflejados a lo largo de todo el proceso procreativo, cómo éstos son maleables desde una perspectiva procesual y se vinculan al campo de experiencias en cada momento. Por lo tanto, la propuesta que defendemos debe permitir ahondar de forma detallada en ámbitos del Parentesco y de la Salud en Antropología: nociones sobre la formación de la persona con sus atribuciones de sentido en distintos momentos del proceso, los vínculos parentales y los cuidados que se le brindan al hijo.

Esta propuesta parte de una nueva definición del dominio analítico de la Antropología del Parentesco[42] que abre otra perspectiva diferente tratando de comprender las distintas fórmulas socioculturales creadas por las sociedades humanas para la preservación o supervivencia[43] de sus hijos/as y la reposición de su especie. Definido así el dominio teórico del parentesco, el procedimiento etnográfico para completar un modelo procreativo etnográfico de una sociedad debe tener en cuenta aquellos datos que guardan relación con esta definición, sin que quede predeterminado lo que entra en el modelo tal y como razonó en su momento la teoría clásica del parentesco que se ocupaba de las alianzas entre grupos, de entidades sociales efectivas (clanes, linajes, familias o grupos domésticos), matrimonio, lugar de residencia, y un largo etcétera.

Llegados a este punto, presentamos la propuesta metodológica que permite significar procesos procreativos[44], que ilustren cómo cada sociedad piensa la reproducción y la experimenta, posibiliten analizar los componentes de la persona y su capacidad formativa, los cuidados durante el embarazo y periodo perinatal, las formas de parentalidad que emergen de estos cuidados y las que juegan un rol predominante, así como, y muy especialmente, el nivel de experiencia vinculada a estas nociones. Dicha propuesta llamada *cronografías* (del griego *krónos* «tiempo») se refiere a modelos procreativos, a todo lo que sucede en un espacio temporal, listando todos los elementos según se van desarrollando procesualmente y que apuntan a este ámbito. Resulta ser una técnica con una doble función, de recogida de información etnográfica y de análisis de su contenido.

La *cronografía individual*, técnica que facilita recoger todo lo que acontece procesualmente a lo largo del periodo, consiste en un relato o biografía parcial de una mujer que narra su propia secuencia procreativa —desde la concepción hasta después del parto— , permitiendo listar todos los elementos que configuran la secuencia procreativa (actos, decisiones, celebraciones, prohibiciones, representaciones, encomiendas, pensamientos e imaginarios, normas, roles, etc.), así como su nivel de experiencia.

En cambio, la *cronografía general* es una técnica de análisis de información etnográfica sobre el proceso procreativo de una sociedad o grupo, resultado de la suma de numerosos relatos (lo que hemos llamado cronografías individuales) de mujeres sobre su

[42] La definición de dicho dominio se presenta en el artículo de Valdés y Piella de este monográfico, y su desarrollo vinculado a la parentalidad se enmarca en el Proyecto I+D+i *Parentescos: Formas de Parentalidad y Articulaciones Disciplinarias* (CSO2012-39041-C02-01) dirigido por Anna Piella, y la línea de investigación del Estudio Transcultural del Parentesco (Getp) del Grupo de Investigación en Antropología Fundamental y Orientada (GRAFO) del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona.

[43] Este es un punto clave en muchos modelos etnográficos de parentesco, que articulan todo un entramado de prácticas con la idea nuclear de que la descendencia sobreviva.

[44] Un grupo de etnógrafas —Irina Casado, Virginia Fons, Elixabete Imaz, Sarah Lázare y Meritxell Sáez— ha aplicado esta técnica de análisis en sus propias etnografías holistas. Los modelos procreativos para cada una de las poblaciones etnografiadas forma parte de uno de los resultados del proyecto citado.

propia experiencia procreativa. Si bien permite contrastar información, debe evitar homogeneizar en exceso, buscando ilustrar también tendencias, si es que la variabilidad interna existe. Y, necesariamente, posibilita analizar el contenido de la estructura procreativa, en etapas que centralizan correlaciones significativas[45]. El análisis procesual de todos los elementos que configuran dicha estructura resulta de lo más sugerente, al presentar cómo se fragmenta el proceso en distintas etapas significativas y cómo estas reúnen una correlación de elementos que otorgan significado a la etapa. Por lo tanto, la *cronografía general* no trata de listar simplemente todo lo que acontece a lo largo del proceso, en cada una de las fases de la estructura procreativa, o limitarse a la simple descripción, sino favorecer el análisis para acabar de entender que bajo la aparente simplicidad de la suma de ideas y de prácticas existe toda una *articulación de sentido*: emergiendo ideas estructurales, alrededor de las cuales suelen girar conceptualizaciones, experiencias, acciones, etc. En realidad, estas nociones abstractas vertebran el nivel de la experiencia procreativa: polarizan mucho significado y ámbitos de experiencia y estructuran gran parte del contenido en cada momento del proceso. Por consiguiente, la *cronografía* debe ayudar a visualizar cómo los elementos de un sistema se organizan formando agrupaciones que, al fin y al cabo, constituyen *unidades de sentido* que centralizan lo que resulta ser más significativo en torno a la procreación para una sociedad o grupo.

Ilustremos lo que hemos denominado *unidades de sentido* con un ejemplo etnográfico. El proceso procreativo de la población ndowe del África central[46] se divide en cinco periodos y la semántica de cada periodo muestra cómo los principios nucleares se van transfigurando a lo largo del proceso relacionándose con todo un campo de experimentación también variable procesualmente. Refiriéndonos solo a la unidad de sentido de la *sangre* que atraviesa todo el proceso procreativo ndowe, los cambios de sentido de esta noción son solo perceptibles desde esta perspectiva procesual. En la fase de la concepción, para ser fecundas, las mujeres afirman que deben estar «llenas de sangre», haber «engordado», comparándose con un árbol femenino que tiene abundante savia y produce frutos. En el periodo gestacional, y especialmente en la fase del preparto, no deben engordar, pero sí reforzarse a través de preparados medicinales. En el momento del puerperio (dividido en dos tiempos) todo lo que realizan está con relación a recuperar la *sangre perdida* o «volver a engordar», comiendo, descansando y untándose el cuerpo con aceite rojo (*vitedi*) que cumple esta función. Nótese cómo esta noción de la sangre es variable a lo largo del proceso y centraliza gran parte de la colaboración de la madre en la formación de su hijo. Es a través de la sangre que forma su carne y que esta se amolda a la estructura ósea creada por el padre-genitor.

La semántica de los diversos elementos que componen la cronografía solo puede comprenderse con mayor profundidad si tenemos en cuenta el espacio temporal que ocupa en cada momento y su relación con otras categorías agrupadas en intervalos. Esto es posible porque las ideas estructurales cambian de significado a lo largo del proceso, al igual que lo que está relacionado con estas. Porque en esta secuencia temporal los elementos cobran

[45] Hay que comentar que esta propuesta se nutre de diferentes aportaciones teóricas y analíticas sobre el ritual y el simbolismo, que centran su atención en el análisis procesual, en la fragmentación del proceso ritual en distintas fases, en las correlaciones de sentido, en los distintos niveles interpretativos y en el grado de la experiencia. Siguiendo genuinamente a Sapir (1934) y a Turner (1967)en su articulación de la condensación simbólica —capacidad de algunos símbolos en absorber mucho significado—, así como Schütz (1932) cuando habla de ámbitos de sentido trascendentes que conectan con distintos niveles de la realidad y de la experiencia.
[46] Esta estructura procreativa ha sido suficientemente contrastada a partir de cien relatos realizados a mujeres en sus periodos procreativos. Para más información etnográfica, véase Fons (2008).

sentido según el lugar que ocupan, mostrando la variabilidad semántica que pueden llegar a alcanzar. De hecho, la estructura procreativa da a entender que el hijo no se forma de un solo golpe, sino gradualmente; asimismo, van trazándose sus vínculos parentales y se le cuida según este proceso. En definitiva, la *cronografía general* es una técnica de análisis sumamente sugerente porque:

a) Es una estructura *abierta*, que permite recoger todo lo que es significativo para la gente, sin forzar datos o buscar aquellos que deberían configurar el modelo.

b) Plantea un enfoque procesual, listando todo lo que acontece a lo largo del proceso, en cada una de las etapas de la estructura procreativa.

c) No solo describe sino profundiza en los datos, identificando los principios básicos o las unidades de sentido clave que centralizan lo que resulta ser más significativo en torno a la procreación y estableciendo correlaciones interesantes con elementos, en apariencia inconexos.

d) Ayuda a captar con mayor profundidad los cambios de sentido, puesto que ciertas nociones clave van variando a lo largo del proceso, porque no son estáticas en cuanto a su significado ni tampoco lo que se relaciona con estas.

e) Posibilita trazar la relación entre las ideas y su nivel de experimentación. solo así es posible captar cómo las ideas abstractas se traducen en la experiencia a lo largo del período procreativo.

f) Ilustra la fragmentación del proceso desde un punto de vista exegético o nativo. El trascurso procreativo no tiene por qué estar dividido en tres periodos —embarazo, parto y posparto. Cada sociedad regula de forma procesual la formación de un ser humano y las distintas etapas dan sentido a esta formación.

g) Permite establecer relación con aspectos sociales y culturales que fundamentan las sociedades.

h) Define las intersecciones de ámbitos intradisciplinares de la antropología con el sentido que le otorga la gente: la corporalidad, la salud (especialmente la materno-infantil) y el parentesco.

Por consiguiente, el uso de esta técnica metodológica innovadora nos brinda la oportunidad de profundizar en las estructuras básicas que subyacen en los modelos procreativos. Tomemos como ilustración los datos originales de una etnografía sobre las madres que optan por un parto respetado en el contexto de Barcelona.

Ejemplo de cronografía general del proceso procreativo: Madres de Barcelona por un parto respetado

Este ejemplo ilustra los resultados de la investigación de máster y doctoral (2009-2015) de Sarah Lázare sobre escenarios de la humanización del nacimiento en Barcelona. Se ha realizado trabajo de campo en el Centro de Salud Marenostrum, en grupos de apoyo, asociaciones, talleres, actividades y cinefórums y en la sala de partos del Hospital Clínic de Barcelona—La Maternitat. La cronografía general del proceso procreativo ha sido extraída a partir de diecinueve relatos de mujeres[47].

[47] El perfil de las madres participantes muestra las siguientes características: entre 33 y 38 años de media (rango entre 25 y 45 años), heterosexuales, la mayoría con pareja monógama, formación universitaria (mínimo con diplomatura), usualmente con trabajo y sueldo estable, y dos hijos de media.

Los servicios de atención sanitaria a la maternidad de Barcelona se encuentran embarcados desde hace aproximadamente una década en un proceso de transición entre un modelo de atención a la gestación y el parto cimentado en el riesgo a uno nuevo cuyo núcleo es la fisiología femenina (Blázquez Rodríguez, 2009, 2010).

En el contexto barcelonés, cada vez es mayor el número de madres que muestran su interés por conseguir un «parto respetado». Desde hace unos años, giran en torno a este concepto múltiples controversias y debates cuya meta es establecer una definición consensuada de lo que es y de sus implicaciones. Por el hecho de no existir unanimidad al respecto, pese a que sería operativo establecer una definición estándar (Biurrun-Garrido & Goberna-Tricas, 2013, pp. 65-66), en el texto se ha optado por seguir el sentido que le otorgan las madres informantes. De acuerdo con sus relatos, son tres los principios capitales que definen el parto respetado:

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

Las prácticas y representaciones que emergen en los relatos de este grupo de mujeres generalmente se articulan en torno a tres unidades de sentido: el cuerpo (un cuerpo significado como mamífero), la mente (elemento principal de la cual es la conciencia) y las emociones. Además, sus narrativas suelen secuenciar el proceso procreativo alrededor de tres momentos clave: la gestación, el parto (de la madre) / nacimiento (del bebé) y el posparto. Al preguntar a las madres sobre sus procesos procreativos, la mayor parte de ellas iniciaban las historias de nacimiento de su progenie en el momento en que supieron estar embarazadas. Nos detenemos en esta cuestión para subrayar que todo aquello relacionado con la concepción suele ser eludido. La cronografía comienza con la gestación para plasmar precisamente cómo estas mujeres han construido sus propios relatos, pero la omisión de la concepción y el engendramiento es, no obstante, significativa.

Primera fase: la gestación

La noción de cuerpo que emerge de las historias de partos del colectivo de madres partidarias del parto respetado, es, ante todo, un cuerpo mamífero. Un cuerpo dotado de todas las capacidades biológicas para afrontar el embarazo, el parto y el amamantamiento. Y en ese sentido, es un cuerpo que puede ser tomado con normalidad en la medida en que es normal que los cuerpos de las mamíferas gesten, den a luz y amamanten a sus crías. La analogía con el mundo de los animales mamíferos, y más concretamente con los comportamientos de las hembras mamíferas, será un elemento de continuidad en toda la cronografía. En esta primera fase, no obstante, lo sugerente es que el cuerpo embarazado es conceptualizado como opuesto a un cuerpo enfermo e inerte: estar creando vida es, de hecho, señal de vitalidad, de salud y de buen funcionamiento[48].

[48] Las dicotomías sobre la percepción del cuerpo gestante como activo/inerte y saludable/patológico también aparecen en los trabajos de Montes Muñoz (2007 y 2010), Blázquez Rodríguez (2009), e Imaz Martínez (2010a) y Goberna Tricas (2009).

Las transformaciones anatómicas de la gestación son presentadas como una oportunidad para que las mujeres «tomen contacto de nuevo con su naturaleza como mamíferas». El embarazo es una etapa que inaugura un conocimiento distinto, extenso y profundo del propio cuerpo. La preparación corporal al parto[49] se presenta como un espacio en el que la gestante «conecta» con su cuerpo para «aprender a escucharlo». Las sesiones son vistas como una ocasión idónea en que la embarazada puede conocer y comprender mejor cuál es el funcionamiento de las partes del cuerpo protagonistas en el parto, conocimientos fundamentales para que «se llenen de confianza» en sí mismas y puedan saberse capacitadas para poder dar a luz autónomamente.

La influencia de los controles de seguimiento del embarazo, que sin excepciones las mujeres informantes realizaron[50], es también clave en el constructo que en esta fase va edificándose alrededor de la noción de corporeidad. Especialmente ilustrativo de esto es que el vocabulario técnico propio de la biomedicina se va incorporando de manera creciente en sus narrativas desde esta primera fase[51]. Al final del embarazo, este perfil de madre gestante suele tener la capacidad de manejar un volumen de léxico médico y un corpus de conocimiento experto considerable que empleará con reiteración y soltura para transmitir mejor las especificidades de su proceso procreativo en el momento de relatarlo.

En el encaje de elementos que propiciarán que el camino de autoconocimiento descrito por las informantes se desarrolle, la mente jugará un papel sustancial. Nos encontramos ante una noción de mente cuyo principal elemento es la conciencia, entendida desde su significado estricto, es decir, como la propiedad de saberse a uno mismo en el entorno.

En relación con el cuerpo, se entiende que durante el embarazo la mente trabajará por «tomar conciencia del cuerpo» gestante y de sus capacidades fisiológicas al concentrarse en la metamorfosis física y en nuevas sensaciones corpóreas. Se entrevé en este punto la intención de poner en contacto dos dimensiones de la persona, la mental y la corporal, que a pesar de su convivencia en el sí humano, hasta el embarazo parecen haber vivido separadas.

Esta mente consciente también será vista, desde la fase de gestación hasta la del posparto, como la herramienta de valoración de todos los procesos relacionados con el nacimiento y la crianza. Se trata de que convertirse en madre, y las decisiones que ello conlleva, no sea un proceso arbitrario fruto de la eventualidad, sino un camino tomado desde la convicción, asumiendo una posición activa y tomando las riendas de la vivencia maternal. Esta es la piedra angular del paradigma desde el cual se proyectan las informantes a sí mismas como madres, que denominamos *modelo de maternidad consciente*.

A nivel empírico, la maternidad consciente se materializa a través de la toma de «decisiones informadas», un concepto muy extendido entre los círculos de madres pro parto respetado y que aparece asiduamente en textos médicos institucionales, como protocolos o

[49] La mayor parte de los relatos nos muestran que las madres del estudio se han inclinado por combinar la preparación al parto ofrecida por sus CAP con cursos en centros de salud privados especializados en preparación al parto fisiológico y en casa.

[50] Aproximadamente la mitad de las mujeres del estudio se muestran críticas con algunas pruebas médicas previstas en el embarazo. Una minoría (dos casos) declinaron realizar hasta dos de las pruebas fijadas en los protocolos de control.

[51] Son destacables las aportaciones de Imaz en lo que refiere al análisis antropológico sobre cómo las mujeres gestantes incorporan el saber biomédico en sus propios relatos, lo que se explica, según la autora, porque son éstos «los conocimientos legítimos sobre el embarazo y la práctica de la maternidad» (Imaz Martínez, 2010b, p. 177).

guías de recomendaciones clínicas[52]. Nada tiene de casual esta relación. La fase de gestación es reconocida por las mujeres como una etapa en la que se despierta una necesidad de empaparse de información. Se leen libros (divulgativos y académicos), se ven documentales, se recopilan artículos (de prensa y académicos), se repasan historias de parto de otras mujeres, se examinan los trípticos y dosieres informativos que se les proporcionan en las consultas médicas, se participa en fórums y espacios temáticos de las redes sociales y se recopilan fotografías. Pero, sobre todo, con habitualidad, se consultan fuentes oficiales y protocolos de actuación de los hospitales. Es decir que, en un número nada desdeñable de situaciones, las mujeres informantes han tomado contacto directo con los documentos con los que los profesionales sanitarios trabajan de rutina. Y por eso no es extraño que el concepto de «decisiones informadas», como el de «evidencia científica», lo hayan incorporado como propio.

La compilación y análisis de este corpus de información es nuclear para concretar las «decisiones conscientes», que serán recogidas en el proceso de elaboración del plan de parto, documento cuya finalidad es recoger los deseos, necesidades y expectativas de la mujer ante el parto para ser transmitidos al equipo médico. Además, a lo largo de los últimos tres meses de embarazo, es corriente que las gestantes preocupadas por tener un parto respetado hagan lo que entre ellas denominan «el casting». Tanto si la idea es dar a luz en el hospital como si es tener al bebé en casa, las informantes se aproximan a los hospitales o centros de parto en casa, acuden a charlas informativas y se entrevistan con profesionales para decidir quién y qué lugar les aporta mayores garantías de que el proceso va a ser como esperan.

En lo que respecta al campo de las emociones, los relatos muestran unanimidad al señalar que el proceso de autoconocimiento que conlleva el embarazo, por bien que es bueno porque implica evolución y crecimiento personal, entraña luces y sombras. Llegar al momento del nacimiento con «bloqueos emocionales» de cualquier tipo es percibido como un peligro para que el parto pueda darse con normalidad.

La gestación es, en este sentido, un momento preciso, por una parte, para cultivar las emociones idóneas con las que se gestionará óptimamente el nacimiento: se buscará afianzar la confianza en sí mismas, la seguridad, la alegría y el disfrute que ofrece la conexión con el cuerpo. Por otra parte, se deberán afrontar los miedos particulares de cada mujer para disiparlos.

Para las madres simpatizantes del parto respetado, la duración «normal» de una gestación sana puede alcanzar las 42 semanas. La razón tiene que ver con que para las informantes es de sentido común que, más allá de procesos biológicos comunes, no todos los cuerpos femeninos siguen las mismas pautas ni los mismos tiempos. El asunto de la duración de la gestación es relevante porque para las madres es necesario «respetar» que el bebé «se sienta preparado para nacer». Para este colectivo de madres, la inducción al parto es un tema de especial preocupación porque entienden que puede interrumpir la formación del bebé.

[52] En la *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*, documento con el que se formalizó a nivel estatal la actualización de los procedimientos sanitarios para la asistencia a la maternidad de bajo riesgo, promover que las gestantes tomen sus propias decisiones informadas es uno de los objetivos específicos de la estrategia (Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 33). El documento homólogo en Cataluña, también recomienda a los profesionales incentivar la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres embarazadas (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut & Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2013, pp. 25 y 109).

Segunda fase: el parto de la madre y el nacimiento del bebé

La segunda fase de la cronografía corresponde al parto. Las narrativas de las informantes muestran recurrentemente una diferenciación de tiempos entre el parto propio y el nacimiento del hijo o la hija, que a pesar del sincronismo con el que suceden, son pensados como episodios diferentes para la madre y el bebé. Según las narrativas de las informantes, el nacimiento aparece compuesto por dos episodios sucesivos pero distinguidos: el parto y el posparto inmediato, que corresponde a los primeros minutos de vida del bebé.

Es común que en los relatos emerja la idea de que el parto es un proceso al que, en vez de poner resistencia, hay que abandonarse dejando la mente a un lado para permitir que sean el cuerpo y los «instintos mamíferos» los que guíen el proceso. Se trata de instintos que no solo se le suponen a la madre, sino también al bebé. Ambos saben instintivamente lo que deben hacer para parir o nacer, respectivamente.

En la fase del parto, siguiendo los razonamientos aportados por las mujeres, es preciso dejar que la naturaleza opere por sí misma. En su cosmovisión, los elementos pertenecientes al orden de lo natural aparecen mayormente relacionados con el cuerpo que con la mente. Si bien en la fase de la gestación la mente era vital para acercase al cuerpo y tomar decisiones primordiales, en la fase del alumbramiento su principal objetivo será el de no interferir para que sea el cuerpo el que asuma el protagonismo.

Para que el nacimiento pueda desarrollarse espontánea y exitosamente, tendrán que darse unas condiciones de entorno necesarias como que la embarazada tenga la opción de poder moverse con libertad, haya luz tenue, silencio, intimidad, calor, etc. Las precisiones sobre las condiciones ambientales idóneas para dar a luz están sensiblemente ligadas a representaciones sobre el cuerpo y las emociones. Y en concreto, su justificación viene dada por el papel de las hormonas, que en esta fase de la secuencia tiene un papel trascendental. Se apunta a que la oxitocina, que las personas segregan cuando se saben en un estado de ánimo bueno, de bienestar, placer o de alegría, es la hormona fundamental del parto. Puesto que la evolución óptima del parto dependerá en gran medida de la segregación de oxitocina natural por parte de la mujer gestante, el trabajo de parto debe tener la finalidad de proporcionarle elementos que estimulen poder sentirse acompañada, protegida, segura, confiada, querida, alegre y feliz. Las madres de Barcelona por un parto respetado insisten en que son básicamente los mismos elementos que las hembras mamíferas buscan instintivamente cuando van a dar a luz. De hecho, es corriente que, al describir el lugar idóneo para parir, se refieran a él como «la cueva» o «la madriguera» en clara analogía con el mundo de los animales mamíferos, que las madres toman como referencia.

En el modo de pensar los instintos mamíferos de madre y bebé, el papel de las hormonas y las condiciones ideales del parto percibimos la influencia de autores como Sheila Kitzinger (1962), Ina May Gaskin (1975a) Fréderic Leboyer (1952) o Michel Odent (1986). Es sustancial el papel de los referentes teóricos en la construcción de los imaginarios, las narrativas y las experiencias de las madres pro parto respetado.

Los constructos dicotómicos que giran en torno a la oxitocina y la adrenalina en los relatos de este colectivo de madres también aportan muchas señales sobre cómo se conceptualiza el cuidado y la asistencia de la gestante durante el parto. El punto de partida es que, en la medida en que la oxitocina es la hormona del amor y protagonista del parto, este debe concebirse como un suceso regido, impregnado y hecho de amor. En los discursos de las mujeres informantes, el acto de parir no tiene nada de distinto al de la relación sexual entre una pareja, proyectada como un acontecimiento de manifestación mutua de afecto. Se asume la existencia de una concatenación natural entre algunos procesos fisiológicos —el

sexo, el parto, pero también la gestación— y los estados emocionales vinculados al amor — placer, felicidad, alegría. El amor como la esencia primaria del nacimiento y la presencia de la oxitocina como símbolo y metáfora del amor.

Los cuidados y la asistencia médica a la embarazada deben cimentarse, por todo lo anterior, en la premisa de que el parto no es un acontecimiento rutinario cualquiera, sino un acto extraordinario de plenitud amorosa. El núcleo de la asistencia debe focalizarse en que la mujer disponga de todo lo necesario para autogestionarse, en asegurar que las condiciones del entorno son las óptimas para que el parto evolucione y sobre todo en el acompañamiento emocional. Desde la óptica de las informantes, es conveniente que la relación asistencial durante el parto se produzca en términos de respeto y cordialidad para generar el clima de confianza que el nacimiento requiere como evento físico, psicológico y emocional para las mujeres.

En el análisis de los relatos sobre el proceso procreativo de las informantes en ningún caso se registra un rechazo de las mujeres hacia la tecnología biomédica. Más bien una mirada crítica sobre sus aplicaciones en las parturientas. Es notorio que, sin excepciones, todas las madres informantes habían realizado la mayor parte de controles establecidos por los protocolos oficiales de atención a la gestación y al parto. La gran mayoría de ellas eligieron dar a luz en hospitales, sobre todo públicos, frente a una minoría que optó por el parto en casa. Significa que, aunque las mujeres informantes han reflexionado largamente sobre qué hospital era el que más les convenía, la mayor parte aceptó someterse a las especificidades del protocolo del hospital escogido. Los colectivos de madres simpatizantes de la ideología del parto respetado suelen defender el postulado de que lo quieren todo: la seguridad que les brinda tener acceso a un sistema de salud capacitado para intervenir cuando surgen problemáticas en el parto que ponen en riesgo la salud de la madre, del bebé, o de ambos, pero también los beneficios de una asistencia personalizada y respetuosa, que tenga confianza en las capacidades del cuerpo femenino y que sea sensible a la vivencia de un momento tan significativo para las mujeres como el nacimiento de un hijo o una hija.

Como se mencionaba en el inicio del apartado, en la fase del parto de la madre y del nacimiento del bebé las mujeres también sitúan el momento del posparto inmediato. El posparto inmediato es percibido como un episodio profundamente relevante para la vida del bebé: la idiosincrasia, el carácter y los comportamientos que el bebé presentará en la infancia y la etapa adulta estarán así claramente influenciados por el contexto en el que se desarrolló el nacimiento. Los primeros cuidados implican prácticas que se materializan en el posparto inmediato pero cuyas repercusiones trascienden a esta fase.

El pinzamiento tardío del cordón umbilical tras el parto, el contacto inmediato piel con piel de la madre y el bebé y la estimulación temprana de la lactancia materna son las tres prácticas más generalizadas en este punto de la cronografía. Entre las madres afines al modelo del parto respetado lo común es optar por que el cordón sea seccionado después de que haya dejado de latir porque se entiende que, que la sangre de la placenta y del cordón umbilical llegue al bebé, le aporta vigor para superar los primeros minutos de vida. El contacto piel con piel, según los testimonios de las mujeres, permite mitigar la separación física que se produce entre la madre y el recién nacido cuando ocurre el parto. Se trata, además, de que el vínculo de apego entre ambos se instituya lo más temprano posible. Para las madres, el establecimiento del apego será central, como veremos, para que el posparto pueda ser asumido con menores dificultades. Bajo la misma lógica, comenzar cuanto antes la instauración de la lactancia materna amortiguará la aparición de problemáticas de

alimentación en los días y semanas posteriores al parto. La materialización del apego se proyecta en un cuerpo a cuerpo entre madre y bebé que incluye de forma relevante la lactancia materna, por la que se decantan casi sin excepciones las informantes, más allá de la cuestión alimentaria, y al mismo nivel que el piel con piel.

Nótese que las decisiones tomadas respecto a los primeros cuidados aparecen en las narrativas vinculadas a la noción de mente consciente, pero la vinculación del apego se materializa en el contacto de los cuerpos de la madre y el bebé. La presencia del cuerpo como elemento nuclear, por delante del de la mente, sigue perpetuándose durante el posparto inmediato.

Tercera fase: el posparto

La tercera fase de la cronografía coincide con el posparto, que comienza, según los relatos recopilados, aproximadamente veinticuatro horas después del parto. En ese punto se inicia lo que informalmente, pero de forma significativa, las madres llaman «el posparto real». En las comunidades de madres pro parto respetado, con frecuencia se apunta al posparto como un período extremadamente intenso, sobre todo al principio, en el que la omnipresencia médica desciende hasta hacerse casi imperceptible. Asiduamente, las madres también señalan que el desconocimiento sobre los entresijos del posparto es muy profundo entre las mujeres y que, en contraste con el volumen de información disponible sobre el parto, suele ser complejo acceder a conocimientos sobre este periodo que puedan servir como modelo. Es especialmente revelador que, en los itinerarios de búsqueda de información de este colectivo de madres, se registre una variación en cuanto a las fuentes consultadas sobre el posparto. Mientras que la mayoría acceden sin demasiados obstáculos a documentos oficiales, académicos y/o divulgativos para informarse sobre la gestación y el parto, cuando se realiza la misma operación para buscar respuestas sobre el posparto, las fuentes de referencia cambian en favor de ciertos blogs de internet, redes sociales, fórums online e incluso aplicaciones para el teléfono móvil.

Pese a que tradicionalmente el posparto se ha vinculado a los cuarenta días ulteriores al parto, en el imaginario de las informantes el posparto supone una etapa más prolongada pero temporalmente indefinible. Porque la finalización del posparto no responde para estas mujeres a cuotas de tiempo concretas, sino a la total recuperación física y emocional de la madre. El posparto puede extenderse así por meses o años. Es corriente que las madres que experimentaron situaciones problemáticas durante el parto señalen periodos de posparto más largos. No solo es pertinente en el posparto que se cicatricen las heridas físicas que el parto pueda haber comportado —la episiotomía y la cesárea son las que emergen más habitualmente en los discursos de las mujeres—, sino también y, sobre todo, las heridas emocionales que, a veces, tras una vivencia negativa del parto, pueden quedar improntas en la madre.

El posparto es un periodo regido por la búsqueda del *continuum*, concepto según el cual deberá asegurarse que la relación física entre la madre y la criatura continúa después del nacimiento. Tal formulación encuentra su origen en el trabajo de la antropóloga Jean Liedloff (2009), otro referente teórico para las madres.

El bebé es concebido como un ser inmaduro que todavía precisará de un tiempo para desarrollarse lo suficiente hasta alcanzar unas capacidades similares a las de los demás mamíferos cuando nacen (caminar y moverse autónomamente, tener dientes, etc.), lo que tendrá lugar hacia los dieciocho meses de vida. Es por ello por lo que, según esta cosmovisión, el bebé continuará formándose hasta entonces por un proceso semejante al

de la exterogestación animal. No es así extraño que en esta fase las madres se refieran a sí mismas como «madres koala» o «madres canguro» en explícita analogía a que la gestación externa es característica de este tipo de mamíferos.

La lactancia materna exclusiva y a demanda —como mínimo durante los seis primeros meses—, portear a la criatura mediante arneses o telas especialmente diseñadas para tal fin y el colecho con «la cría» son prácticas representativas de este periodo. Son todas ellas concebidas como respetuosas con las necesidades del «bebé mamífero». El bebé, en esta fase, sigue proyectándose como un ser completamente dominado por el instinto y no por la razón. El llanto, por ejemplo, no es interpretado como un chantaje o una manipulación del niño o la niña, sino como canal de comunicación «instintivo» que le sirve para dar aviso cuando percibe algún problema como podría ser el frío, el hambre o la soledad. Las prácticas propias del posparto por las que las que se declinan estos grupos de madres son pensadas como fruto de «decisiones conscientes e informadas» y concuerdan con el modelo de crianza elegido, que las madres denominan «crianza respetuosa».

En la fase del posparto, el cuerpo femenino alcanza su esplendor como cuerpo mamífero, según apuntan las informantes. La razón principal es que se saben hembras capacitadas para alimentar a sus bebés. Ellas y sus cuerpos son, en este sentido, todo lo que la criatura necesita para sobrevivir y para que sus necesidades sean satisfechas. El hábitat natural del niño o la niña sigue siendo el cuerpo de la madre. El papel insustituible que representan para el bebé no es tomado como un obstáculo, sino desde la óptica del empoderamiento. Lo que no significa, no obstante, que las madres se sepan absortas en muchos momentos por tener que dar tanto de sí mismas.

El cuerpo materno del posparto es la imagen de un cuerpo regido por un «cóctel de hormonas» que produce estados de ánimo variables en la madre. El desgaste del cansancio y los altibajos emocionales provocados por las hormonas hacen que, pese a todo lo anterior, la vulnerabilidad sea una característica acentuada de esta etapa. Precisamente para aliviar el peso que la madre adquiere en los primeros meses de vida de la criatura, el modelo de cuidado ideal del posparto debería postular que la madre sea cuidada para que ella pueda cuidar al bebé. Según los relatos, se trataría de una cadena de cuidados en la que aportar soporte y fortaleza a la madre repercuta directamente en el bienestar del bebé.

El estado de vulnerabilidad emocional de la madre también justifica que las mujeres informantes subrayen en sus narrativas que los grupos de apoyo entre madres son esenciales en este momento. Es común que las informantes se refieran a las redes de apoyo y cuidado mutuo de las madres como «la tribu», donde por analogía al bienestar que se pretende encontrar en ellos, el objetivo es «llenarse de oxitocina» las unas a las otras.

Consideraciones finales

A medida que se avanza en la cronografía general del proceso procreativo de mujeres afines a la ideología del parto respetado, el cuerpo instintivo y mamífero cada vez va ocupando un papel más relevante, mientras que la presencia de la mente consciente se mantiene en un papel secundario sin llegar nunca a desaparecer, pues en ella se sitúa la toma de decisiones que justificará las prácticas en cada fase. La meditación consciente siempre es previa a las prácticas, pero en su posterior materialización el elemento central siempre será el cuerpo. En contraste, los elementos que pertenecen al orden del mundo emocional muestran una tendencia continua hacia la búsqueda de una maternidad experimentada desde la positividad y el empoderamiento. La cronografía del proceso procreativo es una herramienta muy eficaz para captar cómo se van encadenando las prácticas y las

representaciones en cada fase, y para detectar continuidades y discontinuidades a través de las unidades se sentido (nociones).

Pese a que se detectan algunos distanciamientos puntuales, la recurrencia al lenguaje y los conocimientos expertos de la biomedicina son incesantes. Se emplean para ganar legitimidad en el discurso, para justificar las prácticas escogidas y los significados a ellas asociados, y también como mecanismo para defenderse del cuestionamiento externo. No está en modo alguno justificado afirmar que estos colectivos de mujeres se posicionan de espaldas a la biomedicina, rechazando sus beneficios. Son múltiples y continuas las concepciones que se comparten con la cosmovisión biomédica. Y por ello, no hay nada que pueda hacernos creer que el paradigma del parto respetado deba entenderse fuera de los límites del universo biomédico, sino en clara intersección con él.

Cuadro 1. Síntesis de la relación entre nociones y prácticas en cada fase de la cronografía

Primera fase: La Gestación [Formación del bebé hasta que «esté preparado para nacer»]	
Nociones	Ámbito de la experiencia - Prácticas
Noción del cuerpo - *Saberse mamífera: conectar con el cuerpo gestante*	- Preparación corporal al parto. - Controles médicos del embarazo.
Noción de la mente - *Tomar conciencia del cuerpo: establecer la conexión mente-cuerpo*	- Recopilación de información: materiales divulgativos, académicos u oficiales. - Redacción del plan de parto. - *Casting* a hospitales y profesionales.
Campo de las emociones - *Disfrutar del embarazo a través del descubrimiento del cuerpo*	- Preparación al parto: *trabajo emocional* del miedo.
Segunda fase: El Parto [Suma de dos momentos sucesivos: el parto y el posparto inmediato]	
Nociones	Ámbito de la experiencia - Prácticas
Noción de cuerpo - *Abandonarse a los instintos mamíferos que se activan, con el protagonismo de las hormonas*	En el parto: - Buscar el bienestar y evitar el estrés: segregar oxitocina. - Autogestionar el cuerpo: moverse y adaptar posturas libremente. - Meterse en *la cueva* En el posparto inmediato: - Pinzamiento tardío del cordón umbilical. - Contacto inminente piel con piel. - Inicio precoz de la lactancia.
Noción de mente - *Dejar de pensar (aunque la mente controla el dolor)*	- Racionalizar el dolor del parto: dolor no implica sufrimiento siempre.
Campo de las emociones - *La búsqueda del bienestar en el entorno y a través de las hormonas que se segregan especialmente cuando las condiciones son favorables*	En el parto: - Acompañamiento emocional: dejarse cuidar y pedir ayuda, si se precisa. En el posparto inmediato: - Establecer el vínculo de apego emocional entre madre y bebé.
Tercera fase: El Postparto [Puerperio e inicio de la crianza: primeros cuidados]	
Nociones	Ámbito de la experiencia - Prácticas
Noción de cuerpo - *Culminación como mamíferas y exterogestación*	Buscar el *continuum*: - Portear al bebé. - Lactancia materna a demanda. - Colecho con *la cría*

Noción de mente - *Volver a conectar con la mente (relacionada con la crianza respetuosa)*	- Recopilación de información para disipar dudas sobre la lactancia y los cuidados (blogs, fórums, redes sociales…).
Campo de las emociones - *La vulnerabilidad: cóctel de hormonas y altibajos anímicos*	- Acudir a grupos de apoyo al posparto, la lactancia y la crianza.

5.2 Análisis antropológico del cuerpo en los relatos de parto normal de mujeres y profesionales de Barcelona[53]

Resumen

Objetivo: Realizar un análisis antropológico sobre cómo es pensado el parto normal en los relatos de las mujeres y profesionales de Barcelona a través de la noción de cuerpo.

Material y método: Los datos presentados forman parte del material etnográfico que la autora ha ido recopilando desde el 2009 hasta el momento actual como parte de su investigación doctoral, que gira en torno a los procesos de humanización del nacimiento en Barcelona. La principal técnica de recopilación de datos ha sido la información participante y 16 entrevistas semiestructurada realizadas a informantes clave.

Resultados y conclusiones

La ideología del parto normal proyecta una imagen del cuerpo femenino activo, dinámico, autónomo y eficaz que está naturalmente dotada con todas las herramientas biológicas necesarias para afrontar el parto. El parto normal descansa sobre una imagen de un cuerpo que ya contiene antes del alumbramiento toda la sabiduría necesaria para poder dar a luz. Y por ello, el paradigma del parto normal se puede considerar como el de un *parto mayéutico.*

Palabras clave

Parto normal, cuerpo, etnografía, Barcelona

Abstract

Aim: To produce an anthropological analysis about how normal birth is thought through the notion of 'body' explained by Barcelona's women and professionals personal experiences.

Materials and Method: Data have been extracted from part of the ethnographic materials that the author has been collecting from 2009 to this day. These researches are the basis of her Ph.D. work, which is focused into the birth humanization processes held in Barcelona. The data gathering main technique has been the participant observation plus 16 semi-structured interviews to key informants. *Results and Conclusions:* Normal birth ideology projects an image of the female body as an active, autonomous and efficient one, which is also naturally gifted with all the necessary biological tools for the achievement of a successful birth. The normal birth is based on a body image that considers the body as something that possesses, even before the birth, all the necessary sage for the birth process.

[53] Lázare Boix (2016). Artículo publicado en *Musas. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, Vol. 1, Núm. 1, pp. 3-15.

For all these previous reasons, the normal birth paradigm can be considered as a *maieutic birth*.

Keywords:
Normal birth, body, ethnography, Barcelona

Introducción

A pesar de las duras críticas que Schneider (1984) profirió al estudio del parentesco en los ochenta, ámbito de investigación clásico de la Antropología (Kotakk, 2003; San Román et al., 2003), en los noventa se reavivó en parte, y precisamente, a raíz de la emergencia de realidades parentales nuevas en las *sociedades occidentales* (Konvalinka, 2012)[54]. Fue una buena oportunidad para repensar una definición del dominio teórico del parentesco (Grau Rebollo et al., 2011) y enumerar los elementos de estudio que le son propios, lo que permitió señalar, gracias a la etnografía, la existencia de realidades en las que el parentesco intersecciona y se articula con otros ámbitos, como la educación, la salud, el género o la legalidad (Fons et al., 2011)[55]. En la intersección dada entre la Antropología del parentesco y la salud puede situarse lo que Blázquez (2005) denomina la Antropología de la reproducción, de la cual forma parte la Antropología del parto, contexto del presente estudio.

En Barcelona, la intermitente presentación de legislaciones nuevas, protocolos renovados y guías sanitarias sobre atención al parto que han sido promovidas por diversas instituciones[56] desde el año 2000 tienen como mínimo común denominador la promoción del «parto normal», concepto que las mujeres han ido incorporando a sus relatos sobre la maternidad. El objetivo del artículo es profundizar en las conceptualizaciones sobre el parto normal a través de la noción de cuerpo que emerge en los relatos de madres y profesionales.

Material y método

El artículo presenta resultados preliminares relacionados con la tesina de máster (2011) y la investigación doctoral de la autora (desde 2012), centrada en los procesos de humanización[57] del nacimiento surgidos en Barcelona entre el año 2000 y el momento

[54] Los altos índices de divorcios, el incremento de familias adoptantes, monoparentales, enlazadas u homosexuales o la aparición de realidades nuevas intrínsecamente ligadas a las nuevas técnicas de reproducción son algunos ejemplos.

[55] El getp-GRAFO (Grupo de Estudios Transcultural del Parentesco) está actualmente desarrollando un proyecto de investigación I+D financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad dirigido a profundizar teórica y etnográficamente en las intersecciones mencionadas, así como también en otras articulaciones disciplinarias como Antropología y Medicina, Antropología y Biología o Antropología, Psicología y Psicoanálisis.

[56] Algunas medidas especialmente pioneras han sido: el Acuerdo de Gobierno de la Generalitat que en el 2008 establecía la promulgación del parto natural en los hospitales públicos mediante acciones concretas (sin llegar a especificar cuáles en el texto); el Programa MARE (MAternitat REspectada) creado en 2010 por el Hospital Infantil Sant Joan de Déu; la divulgación en 2010 de la *Guía de asistencia al parto en casa* elaborada por parte del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona; el Programa PART (Programa de Atención y Respeto al Parto hospiTalario) en 2011 del Hospital Clínico de Barcelona y la presentación en 2013 de la *Actualización y adaptación en Cataluña de la Guía Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud sobre Atención al Parto Normal*.

[57] El concepto de «humanización» empleado en el texto toma como punto de partida que «*Humanizar significa en realidad hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores que percibes como como peculiares e inalienables, hacerla coherente con lo que permite dar una existencia humana, todo lo que le permite ser verdaderamente persona*» (Bermejo, 2014, p. 12). La expresión «humanización del nacimiento», aunque indudablemente incluye iniciativas dirigidas a humanizar la asistencia sanitaria al parto, es usada aquí más allá del aspecto asistencial porque de lo que se trata no es solo de mejorar la relación sanitario-gestante/bebé, sino de repensar las representaciones actuales que giran en torno al parto y el nacimiento en nuestra propia cultura. Eso explica que su estudio trascienda los problemas bioéticos de la práctica médica y sea tomado como fenómeno sociocultural. A pesar de las lagunas y controversias que suscita el concepto, es aquí empleado porque

actual. El estudio está planteado como una etnografía y por ello la obtención de datos se ha realizado mediante trabajo de campo, llevado a término entre finales del 2009 y el 2013. El trabajo etnográfico se ha desarrollado en distintos escenarios como clases de preparación al parto impartidas desde iniciativas privadas —destacando un especial seguimiento en el Centro de Salud Marenostrum entre 2009 y 2011, y en Mare Meva en 2013—, grupos de postparto, grupos de apoyo a la lactancia materna, grupos de crianza, asociaciones de usuarias del sistema sanitario, actividades, charlas, talleres y estrenos de documentales (cinefórums) organizados por entidades diversas de Barcelona. Las observaciones fueron acordadas con sus responsables y sus participantes mediante consentimiento informado y hoja informativa de la investigación.

La técnica principal de obtención de datos fue la observación participante, técnica que como bien señala Anastasia Téllez «es imprescindible para comprender lo que la gente piensa y hace, frente a lo que dice que hace, y es también necesaria para descubrir los motivos por los que las personas actúan —que no tienen por qué coincidir con los expresados explícitamente por los sujetos—, al tiempo que evidencia que cualquier forma o acto social ha de entenderse como una parte de la totalidad cultural en que se incluye» (Téllez, 2007, p. 161). Los datos etnográficos recogidos fueron transcritos en el diario de campo y analizados por un sistema de codificación temática. Ello permitió observar que las representaciones ligadas al cuerpo eran un asunto reiterativo en los discursos recopilados; los resultados presentados son producto del examen a través de este eje analítico.

Se realizaron también 16 entrevistas semiestructuradas[58] a madres (11) y profesionales de la salud (5), a quienes se les facilitó una hoja informativa sobre la investigación y también un consentimiento informado por el cual también se obtenía el permiso para gravar la entrevista. El documento fue firmado por ambas partes y cada una cuenta con una copia del documento.

Los criterios de inclusión fueron que las informantes emplearan en sus discursos u opiniones cotidianas el concepto de «parto normal» y que fueran residentes en Barcelona[59]. El perfil sociodemográfico de las mujeres participantes es el siguiente:

Edad	Entre 34 y 45 años
Lugar de nacimiento (origen)	Cataluña: 9 Fuera de Cataluña (España): 1 Fuera de España (Europa): 1
Nivel de estudios	Universitario: 10 Formación profesional superior: 1
Situación laboral	Activa: 9 No activa: 2
Estado civil	Casadas: 11 (todas heterosexuales)

es operativo para señalar que hay una voluntad de que el acto de dar a luz y nacer no sea un acto funcional, sino una experiencia humana y cultural distinta.

[58] Ello era conveniente por tratarse todavía de una fase prospectiva y descriptiva de la investigación y también para asegurar que los relatos de las informantes eran recogidos con el menor número de sesgos posible por mi parte, para así poder conocer cómo cada sujeto construía su propio relato.

[59] Fue así decidido porque uno de los objetivos principales de la investigación es conocer cuál es el perfil de personas que simpatizan con la filosofía del «parto normal» sin sesgos previos. La interpretación que cada persona hiciera sobre el «parto normal» no era relevante para su inclusión en este caso, dado que conocer las variables conceptuales de este término también tiene para el estudio un interés capital. El perfil que se presenta en la Tabla 1 es el resultado del escrutinio de sus participantes.

Número de hijos	1 hijo: 10 2 hijos: 1
Lugar escogido para el primer parto	Hospital: 8 Domicilio: 3

Tabla 1. Perfil de las madres encuestadas. Elaboración propia.

Los datos del diario de campo y las entrevistas fueron triangulados y complementados con una revisión teórica desde el enfoque de las Ciencias Sociales y la recopilación y examen de protocolos y guías clínicas.

Resultados

Las alusiones a la corporeidad es una constante en los relatos de parto y los discursos sobre vivencias vinculadas a la maternidad (biológica) de las mujeres del estudio; también de los profesionales sanitarios. Aunque pueda parecer evidente por las implicaciones físicas que comportan la gestación y el alumbramiento, es preciso señalar que nuestra mirada al cuerpo no está únicamente motivada por razones ligadas a la biología humana. En el propio hecho de que prestemos una atención constante a lo que ocurre en el cuerpo subyacen, de hecho, muchos factores culturales. La corporalidad se ha erguido como un asunto ineludible en la propia cultura de las sociedades occidentales (Esteban, 2004b; Le Breton, 1990, 1992) y también en los discursos relacionados con la gestación, el parto o la lactancia (Imaz Martínez, 2010a; Montes Muñoz, 2007). Pero cabe recordar que no en todos los grupos humanos lo corpóreo se concibe, pues, de la misma manera —si es que la idea de cuerpo existe, pues a veces no es así—, ni desde un enfoque que le conceda tal protagonismo. Y estas mismas variables son aplicables a cómo es entendido el cuerpo embarazado y lo que ocurre en el él cuando da a luz.

La idea de cuerpo que existe en el trasfondo del parto normal no es una concepción cualquiera. Participa de toda una serie de significados específicos. Uno de los aspectos clave que aparece repetidamente en las crónicas de parto de las madres barcelonesas tiene que ver con el convencimiento de que el cuerpo femenino está preparado para asumir el parto. Un convencimiento, no obstante, que muestra variables en cuanto a su intensidad dependiendo de si la mujer ya ha dado a luz o no. La certeza de que el parto es un capítulo asumible para ellas se justifica porque ello forma parte de su programación biológica, de igual modo que lo es que el aparato reproductivo procese los alimentos o que el sistema neurológico nos permita dormir. Es una capacidad natural e intrínseca de la condición femenina vista, además, como oportunidad:

> «Yo… pues desde siempre… desde siempre que me decía: "¡yo-ten-go-que-parir! Quiero parir". Porque… porque si tienes esta, bueno, esta capacidad… tienes que probarlo. Para mí era claro, era claro que… que tenía que hacerlo, porque bueno, si lo han hecho desde siempre todas las mujeres, ¿cómo no iba a poder… yo? ¿Por qué iba a ser yo… eso, diferente a ellas?»
>
> (Emma, 36 años, 2011)

La confianza plena en la capacidad propia de poder parir por medios propios, no obstante, no pocas veces es un estadio al que se llega tras un proceso de trabajo personal:

> «A ver, es que yo quería, pero me tuve que mentalizar. Sí, sí, sí, es así… después de buscar mucho… buscar gente que te informe y toda esta cosa, entonces sí que lo veo claro. Tampoco es… que me dé vergüenza decirlo, la verdad, que ha sido un camino largo… pe… pero ahora sé que lo podré hacer. Tengo confianza total en mí, ¿a que sí? [se palpa la barriga con la mano derecha dirigiéndose a su futuro hijo].»
>
> (Mònica, 27 años, 2013)

Repárese en que el parto normal, en la medida en que toma como punto de partida que el acto de parir es un acto fisiológico, proyecta la imagen de un cuerpo autónomo y capaz, totalmente útil, que se aleja de la idea de la disfuncionalidad. Esta normalidad está, pues, asociada con el buen funcionamiento del cuerpo femenino que, en el momento en que se desencadene el parto, sabrá poner en marcha múltiples mecanismos para conseguir el nacimiento con éxito.

El hecho de que sea tomado como un cuerpo eficaz es de capital importancia para comprender ciertos aspectos clave sobre los cuidados proporcionados a las mujeres en el parto. La confianza en que el cuerpo femenino, en principio, se auto proveerá de las herramientas necesarias para que el alumbramiento proceda sin dificultades implica un modelo de atención cuyo objetivo primordial es procurar el entorno adecuado para que el proceso pueda desenvolverse por sí mismo. Se trata de un modelo de asistencia que evita la interferencia por la interferencia, pero que al tiempo se mantiene vigilante ante la posibilidad de que puedan producirse imprevistos que requieran, entonces sí, de intervención. A la actitud asistencial que lleva implícita esta conceptualización del parto normal es lo que he denominado como «serenidad expectante». Y supone una discontinuidad en cuanto a las tradicionales lógicas intervencionistas de la obstetricia del siglo XIX y de la revolución biomédica del siglo XX que desencadenó en la medicalización y tecnificación del parto (Goberna Tricas, 2009), un imaginario que todavía está muy presente en el subconsciente colectivo de *occidente*, tanto de las mujeres como de los profesionales:

> «Cuando empecé en Inglaterra, aprender a atender partos en casa fue muy fácil… no tenía que hacer prácticamente nada, ellas solas… Lo difícil era precisamente eso, ¿no? Que no tenía que hacer nada.»
>
> (Cristina, comadrona independiente, 35 años, 2009)

A pesar de ciertas controversias que se han generado sobre la asistencia al parto, surgidas de interpretaciones erróneas sobre el papel que esta ocupa en el mapa de significados del parto normal, es preciso señalar que las mujeres de Barcelona incluidas en el presente estudio etnográfico conciben la atención por parte de profesionales como parte del propio proceso. No hay una correlación entre un tipo de atención menos invasiva con una pretensión de prescindir de ella. Otra cuestión es quién es el perfil profesional idóneo para el cuidado del parto normal y con quién se sienten las mujeres en mayor sintonía.

La filosofía del parto normal también evoca la idea de un cuerpo activo que, especialmente en la fase de trabajo de parto, lejos de estar pasivo y estático, es dinámico. Se acepta que el cuerpo que está de parto está en movimiento, y que la condición móvil de este, según necesidades de la mujer, es un síntoma de normalidad y de autogestión. Es en este sentido que la noción de cuerpo en el parto normal se ha construido como antítesis del

cuerpo pasivo y apático que vemos en las imágenes de mujeres dando a luz recostadas horizontalmente sobre el potro obstétrico.

Uno de los elementos transversales que aparecen en los relatos de las mujeres y en los discursos de los profesionales, que además también están reflejados en los textos clínicos, tiene que ver con cómo es pensado el funcionamiento interno del cuerpo gestante. Es interesante que, en los últimos años, las narrativas sobre el interior del cuerpo de las embarazadas se hayan ido focalizando cada vez más en las hormonas. En este marco, son constantes las alusiones a que la oxitocina es considerada como la hormona protagonista del parto tanto por las mujeres como por las profesionales. Se entiende, por ello, que el parto normal debe consistir en que la parturienta no deje de producir oxitocina, pues este será uno de los elementos clave para que vaya avanzando. Por extensión, la procuración de condiciones ambientales de bienestar, comodidad y seguridad pasan a ocupar un lugar central en el modelo de asistencia. Y el calor, los masajes, la luz tenue, el resguardo del silencio, la intimidad y la tranquilidad se convierten así en cuidados indispensables que administrar a la mujer cuando está de parto. Las conexiones entre el impacto del entorno y la oxitocina son asiduas en los testimonios de las informantes.

Lo especialmente interesante a nivel antropológico, no obstante, es que la oxitocina como elemento cardinal de sus discursos ha trascendido a las explicaciones de en qué consiste y cómo funciona el parto normal a nivel biológico. A la hora de analizar los datos etnográficos recogidos, fue sorprendente comprobar que su presencia estaba integrada en otros aspectos cotidianos. Pregunté a una madre un día acerca de sus vivencias como parte de un grupo semanal de postparto y crianza y su respuesta fue:

> «Ya sabes… quedamos y compartimos… Es como una droga. Me ha ido muy bien, ¿eh? ¡Siempre acabamos *oxitocínicas*!»
>
> (Rosa, 30 años, 2013)

La reiterada vinculación de los momentos de disfrute cotidiano con la oxitocina, caracterizada con los mismos aspectos que cuando hablamos del parto biológico, me hace pensar en la influencia que los discursos científicos tienen en la sociedad. Una sociedad que incorpora elementos venidos de la ciencia y que, después, son integrados y reinterpretados en contextos nuevos y distintos de donde originalmente surgieron. En las historias de parto y maternidad de estas mujeres barcelonesas la oxitocina es nombrada al describirse momentos emocionalmente felices, situaciones de excitación, cambios de humor y, a veces, incluso se menciona por su ausencia, sobre todo cuando se están relatando situaciones difíciles:

> «Con ella [refiriéndose a su hija mayor] tuve un parto muy, muy malo, de esos de oxitocina cero.»
>
> (Maria, 38 años, 2014)

Estas imágenes del cuerpo materno, que acentúan cuestiones concretas de su fisiología, también tienen que ver con cierta voluntad de volver a pensar el cuerpo de la mujer embarazada en términos mamíferos. La mirada al mundo animal, y especialmente de las hembras mamíferas, tiene sin duda alguna que ver con cómo se piensa el parto normal, especialmente desde la perspectiva de las mujeres. De hecho, no es extraño entre las mujeres que han elegido tener un parto fisiológico que comparen algunas de sus acciones

con los comportamientos de las hembras lobas, jirafas, gorilas o elefantas en el momento del parto o en relación con sus crías. Todo ello tiene que ver con una noción concreta y nada aleatoria de cómo se conceptualiza la naturaleza: como un orden de la realidad en el que existe un engranaje perfecto y equilibrado de sus elementos —cosa positiva—, y que precisamente por esto puede ser tomado como modelo. Muchas mujeres opinan que para prepararse para el parto y para la maternidad deben de «conectar» con su yo más natural, más mamífero, más salvaje o más primitivo.

Discusión

Los discursos presentados[60] sobre el parto normal apuntan a una imagen del cuerpo femenino caracterizado por tres capacidades principales: la efectividad, el dinamismo y la autogestión. Este cuerpo intuitivo, resolutivo y ágil, pensado desde el optimismo, y está concebido bajo el paraguas de la salubridad. Las ideologías asociadas al parto normal nos hablan de un cuerpo materno que, tanto en la gestación como en el parto, es leído desde el estado de salud y no desde la patología. Y en este sentido, los datos etnográficos están en consonancia con la mayoría de los trabajos que se han aproximado recientemente al estudio de los imaginarios vinculados a la gestación y el parto (Davis-Floyd, 2001; Goberna Tricas, 2009; Imaz Martínez, 2010a; Montes Muñoz, 2007).

Para mí, no obstante, lo central es que sea, sobre todo, un cuerpo sabio. Porque este aspecto es primordial para entender todo el juego de significados que se proyectan en el parto normal y el abanico de situaciones que comprende. El cuerpo materno, definido desde la óptica del parto normal, es un cuerpo que naturalmente alberga el conocimiento necesario para enfrentarse al acto de parir. En el momento en que deviene el parto, el cuerpo de la mujer embarazada activará supuestamente los mecanismos que biológicamente le han sido otorgados para asumir el proceso de dar a luz. Pero todos ellos son mecanismos que para muchas mujeres eran desconocidos en modo activo hasta que, en el momento de parir, se manifiestan en su plenitud. Sus cuerpos estaban —están— dotados de todas estas capacidades, pero hasta entonces, solo de forma latente.

Hay en todo este encaje de ideas un trasfondo que recuerda a ciertos aspectos relacionados con la mecánica de la mayéutica de Sócrates, que, por otro lado, etimológicamente proviene del griego *maieuomai*, y que precisamente significa «hacer de comadrona». Algo nada casual teniendo en cuenta que esta era el oficio de la madre del filósofo.

En los diálogos platónicos, la mayéutica se describe como el arte de guiar a los jóvenes para que la verdad que vive dentro de ellos de forma innata salga a la luz. Y es en este sentido que Sócrates detectaba la analogía entre su trabajo y el de las matronas, pues hay en ambos procesos un alumbramiento: el de las ideas en el caso del filósofo, el de los bebés en el caso de las madres que eran asistidas por las comadronas. Nótese como el cuerpo traza un mismo recorrido en los relatos de estas mujeres de Barcelona que optaron por el parto normal (así entendido), puesto que es un cuerpo que ya lleva implícito el conocimiento del parto antes de que este acontezca. La cuestión es, para las madres, pero también para algunas profesionales, que se le dé la oportunidad de encontrar la manera de que esa *verdad* salga hacia fuera y pueda realizar su función. De lograrlo, el nacimiento se dará con éxito, y las mujeres ya no podrán volver a un estado de desconocimiento de lo que

[60] La discusión de los datos etnográficos está circunscrita a los grupos de preparación al parto y círculos de mujeres embarazadas que han servido de base para el estudio y, por tanto, los resultados no son extensibles a otras mujeres que no conceptualizan de esta manera el parto ni tampoco su asistencia.

su cuerpo ha sabido hacer, de igual manera que para los jóvenes discípulos de Sócrates, una vez habían alcanzado el conocimiento de la verdad y, por ende, del bien, no podían desandar el camino hecho. Es por todos estos razonamientos que concluyo que el parto normal es un *parto mayéutico* cimentado en una idea de un cuerpo materno excepcionalmente sabio.

Agradecimientos
Mi agradecimiento a Marenostrum, Mare Meva, Dona Llum y todas las personas que han decidido formar parte de esta investigación con enormes dosis de paciencia, buen humor y generosidad. Mi gratitud también al el getp-GRAFO, sobre todo por ser un incansable estímulo intelectual.

5.3 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 [61]

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 de 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 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 consciencia social que, animada por las voces feministas, ve la necesidad de devolver la gestación, el parto y el posparto 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

[61] Lázare Boix (2014b). Artículo publicado en 2014 en *Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*, Tarragona, 2-5 de septiembre de 2014, pp. 1458-1472. Editorial Universitat Rovira i Virgili.

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.» (Organización Mundial de la Salud, 1985, p. 436)

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, p. 1)

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 y Consumo, 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*[62] por parte del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona,

[62] Traducción: *Guía de asistencia del parto en casa.*

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).

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 solo 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.

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)[63] del Hospital infantil Sant Joan de Déu puesto en marcha en 2010 y el Programa PART (Programa de Atención y Respeto al Parto Hospitalario)[64] 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. Este 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 ajenas 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

[63] Traducción propia. El nombre original es MARE (Maternitat Respectada - part natural i segur). *Mare* significa 'madre' en catalán.

[64] Traducción propia. El protocolo lleva el nombre original de PART (Programa d'Atenció i Respecte al Part Hospitalari).

lanzadas por las clínicas privadas barcelonesas han ido tendiendo a presentarse como centros sensibilizados con la humanización del 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 tienen 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 (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.

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 médicamente posible, se ha visto cada vez más incrementada (Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2010; Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència. Direcció General de Comunicació del Govern,

2008)[65]. 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.»[66] (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2007b, p. 4)

La adecuación a esta nueva modalidad de atención a la salud de las embarazas 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 de 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 (Belli, 2013; Zwelling, 2008). En aquel marco, su principal razón de ser era instruir a las madres en las prácticas de higiene y cuidado 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 esta ha experimentado hasta el presente. La preparación al parto de nuestro tiempo, generalmente, suele tomar la forma de curso, pero no solo, 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

[65] Autores como Daniel M. Lubián (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 esta 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 solo a las expectativas anteriores del parto y no a cómo se suceden finalmente en la realidad.
[66] Traducción propia realizada por la autora.

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 posparto, 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 & Stark, 1989). La satisfacción final de la experiencia del alumbramiento también acabará regulándose de acuerdo con 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 las 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 muestra 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.

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.» (Gobierno de España. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2007, p. 3)

Autores como Pérez Ramos (s. f.) 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, p. 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 posparto 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(Kaufman, 2007; Lothian, 2006). 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 (De Molina Fernández & 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* (Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 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.

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 solo 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.

TERCERA PARTE

6. ESTUDIOS DE CASO

6.1 El Centro de Salud Marenostrum

6.1.1 Cronografías procreativas: Ejemplos etnográficos analizados desde una nueva perspectiva[67]

Resumen

Este artículo ofrece un panorama etnográfico sobre la procreación humana en distintas sociedades. Es fruto de los resultados de investigaciones etnográficas llevadas a cabo por un grupo de antropólogas en el que además de los datos etnográficos que permiten entrever distintos modelos de pensar la procreación, se presenta una técnica de análisis de investigación etnográfica, la *cronografía procreativa*, que ha hecho posible llegar a analizar con el mayor detalle procesual todo lo que configura una estructura procreativa, con sus significados profundos y correlaciones con otros muchos aspectos sociales y culturales que fundamentan cada una de las sociedades.

Palabras clave

Procreación humana. Parentesco. Noción de persona. Etnografía. Metodología de la cronografía procreativa.

«Procreative Chronographies: Ethnographic Examples Analyzed From A New Perspective»

Abstract

This article offers an ethnographic panorama about human procreation in different societies. It is the main outcome of several ethnographic researches carried out by a group of anthropologists whose ethnographic data allow a more systematic approach to different folk procreation conceptions. In this light, a new specific technique of ethnographic research analysis is presented: the *procreative chronographie*. Such technique has made possible to analyse in great processual detail all that configures a procreative structure, with its deep meanings and correlations with many other social and cultural aspects that structure every different society.

Key words

Human Procreation. Kinship. Personhood. Ethnography. Methodology of Procreative Chronographie.

Introducción

[67] Fons et al. (2019). Artículo coral publicado en *Monográfico Escenarios de la Parentalidad, Revista de Antropología Iberoamericana* (AIBR), Ed. Piella, A. y Uribe, J.M.

El tema de la reproducción en Antropología[68] surgió con fuerza en los años 70 con el debate feminista, logrando reducir el peso de la conceptualización biológica de la reproducción y poner el acento en el componente social y cultural de los modelos reproductivos de las sociedades estudiadas y la imaginaría procreativa. Como afirma Rayna Rapp: «[…] considerar la reproducción en el centro del análisis social es un proyecto relativamente reciente para los antropólogos»[69] (1994, p. 2). Bajo la influencia también de Margaret Mead y Niles Newton (1965) nació a partir de entonces toda una literatura etnográfica: Stoller Shaw (1974); McClain (1975); Cosminsky (1977); Jordan (1977); Kitzinger (1978); Annis (1978); Oakley (1980); MacCormack (1982); Sargent (1982, 1996); Artschwager Kay (1982); Laderman (1983); Newman (1985); Raphael & Davis (1985); Eakins (1986); Martin (1987); Jefferey et al. (1989); Lindenbaum & Lock (1993); López (1998); McPherson & Walks (2011). A partir de los años 80, algunos trabajos se centraron en la atención obstétrica, interesados por estudiar el incremento de la medicalización del embarazo y del parto: MacCormack (1982); Rothman (1982, 1986); Oakley (1987); Petchesky (1987); Browner & Press (1995); Narotzky (1995); Press et al. (1996); Taylor (1996); Davis-Floyd & Sargent (1997); Rapp (2000). Incluso recientemente, ya a partir de la década de los 90, se ha venido produciendo un nuevo surgimiento de la antropología de la reproducción con la investigación de las nuevas tecnologías reproductivas y genéticas, que ha tenido importantes implicaciones para el control y la gestión de la fertilidad humana: Stolcke (1988); Ginsburg & Rapp (1991, 1995); Haraway (1992); Strathern (1992); Edwards et al. (1993); Helmreich (1995); Rabinow (1996); Davis-Floyd & Dumit (1998); Franklin & Ragoné (1997); Franklin (1997). El interés está en entender cómo las nuevas tecnologías intervienen en la reproducción humana porque, en última instancia, existe una preocupación creciente por el poder de controlar la reproducción de poblaciones y las políticas de salud de atención a las mujeres (F. Ginsburg & Rapp, 1991).

Por consiguiente, la antropología se ha interesado cada vez más en la reproducción humana siempre de acuerdo en la definición dada por Davis-Floyd y Franklin, en *Encyclopedia of Anthropology* (2005):

> «Reproducción» en antropología se refiere a los procesos mediante los cuales se producen nuevos miembros sociales —específicamente, los procesos fisiológicos de la concepción, el embarazo, el nacimiento y la crianza de los hiJos—. En su sentido más amplio, «reproducción» se utiliza para abarcar los procesos mediante los cuales las sociedades se reproducen para el futuro. Por lo tanto, el término está cargado de significados biológicos, culturales y políticos […][70].

Sin embargo, esta literatura antropológica comprometida en entender el proceso, ha prestado una especial atención a algunas fases —especialmente la del parto, problema ya señalado por Blázquez (2005, p. 4)— de forma independiente, al no considerar el proceso como un todo, y contradiciendo su planteamiento básico. Esta visión que parcializa el proceso no deja entrever muchos de sus contenidos y sentidos, solo inteligibles a la luz de la estructura. Porque tal como afirma también esta autora, las fases deberían ser entendidas

[68] Véase el excelente artículo de Blázquez (2005) que revisa dicha literatura.

[69] «…dragging reproduction to the center of social analysis is a relatively recent project for anthropologists».

[70] 'Reproduction' in anthropology refers to the processes by which new social members are produced — specifically, the physiological processes of conception, pregnancy, birth, and child-raising. In its larger sense, 'reproduction' is used to encompass the processes by which societies are reproduced for the future. The term is thus fraught with biological, cultural, and political meanings (…).

en continuidad «ya que las relaciones y conceptualizaciones que se dan, son transversales a todas» (Blázquez Rodríguez, 2005, p. 4). Además, cada sociedad representa y estructura el proceso procreativo de una manera determinada y ello debería contradecir una única fragmentación en tres fases —embarazo, parto, puerperio— que solo visibiliza la propia perspectiva de la obstetricia que prioriza al feto/embrión y su estado evolutivo, y no incorpora las ideas sobre la formación del hijo o hija en gestación y el propio nivel experiencial de la madre u otras figuras parentales en todo el proceso. Por lo tanto, si a nivel etnográfico se trata de captar otras dimensiones sobre formas de conceptualizar, experimentar y practicar la reproducción humana, estamos todavía lejos de entender cómo cada sociedad piensa y organiza el proceso a su manera.

Una propuesta para el análisis de los procesos procreativos desde la Antropología: la cronografía procreativa

Lo que presentamos en este artículo son los resultados de una técnica etnográfica llamada *cronografía procreativa*[71], aplicada en cinco sociedades en las que se ha realizado una intensa investigación etnográfica por parte de antropólogas[72]. En realidad, lo que aquí se presenta son cuatro ejemplos etnográficos[73] que siguen la primera aplicación del modelo de cronografía en la etnografía de la sociedad ndowe de Guinea Ecuatorial, de la zona atlántica del África central (Fons, 2008). Técnica que ha permitido entrever los principios ontológicos subyacentes en cada uno de los modelos procreativos analizados e ilustrar una nueva forma de abordar etnográficamente la reproducción humana de forma procesual integrando todas las fases y entendiendo la secuencia procreativa como un todo. Por lo tanto, el valor de la técnica de la cronografía procreativa se deriva de su carácter ilustrativo, representativo o significativo de las ideas y prácticas en el proceso reproductivo.

Antes de abordar los resultados de esta nueva técnica etnográfica, es preciso explicar su aplicación y su utilidad en la investigación etnográfica. La propuesta metodológica distingue entre cronografías individuales y cronografía general. Por un lado, la *cronografía individual* es una historia procreativa o biografía parcial (siguiendo a De Miguel, 1996) sobre la experiencia procreativa de una mujer u otra figura parental. En este caso, la cronografía actúa como técnica de recogida de información biográfica. Es un relato que describe todo lo que acontece en el proceso procreativo desde la concepción y gestación hasta la supervivencia del recién nacido unos meses después del parto, especialmente referido a ideas y prácticas, así como percepciones, conceptos, habilidades, técnicas, vivencias, emociones… Por otro lado, la *cronografía general* es utilizada como técnica de análisis que, a partir de un número suficiente de cronografías individuales, permite obtener resultados contrastados de la configuración de un modelo procreativo de la sociedad de estudio. Es decir, una secuencia representativa sobre cómo se experimenta el proceso

[71] Esta terminología fue propuesta en una reunión de equipo por Aurora González Echevarría y Paloma Fernández Rasines.

[72] Virginia Fons ha realizado trabajo de campo etnográfico en África central, Guinea Ecuatorial, en la población ndowe; Irina Casado en la población amazigh rifeña de Marruecos; Elixabete Imaz en familias lesboparentales del País Vasco; Sarah Lázare en mujeres de Cataluña que eligen un parto respetado; Meritxell Sáez en población rrom de Rumanía. Los resultados etnográficos presentados en este artículo han sido elaborados en el proyecto I+D+i Parentescos: Formas de Parentalidad y Articulaciones Disciplinarias (CSO2012-39041-C02-01) y tal como se verá en el artículo conjuga etnografía relacionada con el ámbito de la procreación en cuatro contextos distintos.

[73] Los resultados etnográficos presentados en este artículo han sido elaborados en el proyecto I+D+i *Parentescos: Formas de Parentalidad y Articulaciones Disciplinarias* (CSO2012-39041-C02-01) y tal como se verá en el artículo conjuga etnografía relacionada con el ámbito de la procreación en cuatro contextos distintos.

procreativo. Al contrastar empíricamente numerosa información etnográfica, despliega lo que podría resultar ser constante (o repetitivo) y lo que podría resultar variable en el pensamiento y comportamiento reproductivos. Con ello no se aboga por un querer forzar los datos y construir un modelo homogeneizador de las conductas individuales, sino más bien vislumbrar generalizaciones respecto a la procreación que sí existen o, dicho de otra manera, los principios básicos confluyentes en un sistema procreativo. Los casos que se desvían del modelo deben ser igualmente tenidos en cuenta, pudiendo configurar incluso otros modelos procreativos alternativos o coexistentes en la sociedad, modelos emergentes que puedan estar configurándose en el presente (Del Valle et al., 2002).

Por lo tanto, el sentido que le otorgamos a la cronografía, sea esta individual o general, es la de describir tiempos, situando todo lo que sucede en espacios temporales determinados. De hecho, el término cronografía en retórica consiste en describir el tiempo en que se encuentran toda una serie de elementos para poderlos describir de una forma temporal y comprenderlos con más claridad. Aplicado al proceso procreativo, la cronografía consiste en periodizar los distintos aspectos de la procreación, es decir tener en cuenta todo lo que acontece procesualmente para su mejor entendimiento. Para ello parte de la base de que situar los elementos temporalmente favorece poder analizar la dominancia de algunos y descubrir los que tienen alguna relación entre sí. También dilucidar espacios temporales definidos por elementos agrupados entre sí que le otorgan sentido a cada uno de ellos. Esta forma de periodizar permite introducirse en cada uno de los tiempos significados en el proceso procreativo etnográfico, y comprender así el orden y la fragmentación temporal interna llena de sentido para quienes la narran de esta manera.

Así ideada, la cronografía procreativa (y, muy especialmente, la general que es un compendio contrastado de las individuales) permite entrever de forma procesual y detallada el entramado de aspectos sociales y culturales que conforman sistemas de pensamiento sobre el acto de *crear* una persona, promover su nacimiento y su supervivencia, así como adscribirla a un grupo responsable de su cuidado. Permite ilustrar, por ejemplo, la fragmentación del proceso desde un punto de vista exegético o nativo. Nos enseña que el trascurso procreativo no tiene por qué estar dividido en tres periodos —embarazo, parto y posparto—, sino que cada sociedad regula gradualmente la formación de un ser humano y las distintas etapas dan sentido a esta formación. Además, la elaboración de la *cronografía* no trata, simplemente, de listar todo lo que acontece a lo largo del proceso, en cada una de las etapas de la estructura procreativa, o no se limita a la simple descripción, sino que va más allá en el análisis para acabar de entender que bajo la aparente simplicidad de la suma de ideas y de actos existe toda una *articulación de sentido*. Permite así captar lo que se articula en cada momento del proceso (siguiendo las premisas básicas del antropólogo que estudia los procesos rituales), de gran interés simbólico y social. Porque en esta secuencia temporal se encuentran actos, decisiones, celebraciones, prohibiciones, representaciones, encomiendas, pensamientos e imaginarios, normas, roles, etc. y cada uno cobra sentido según el lugar que ocupa. Es decir, su organización resulta de lo más significativa. Especialmente porque responde a cómo nociones dominantes vehiculan gran parte de los elementos formando auténticas *unidades de sentido*, a cómo estas cambian y cumplen una funcionalidad variable según el tiempo, agrupando elementos distintos en cada momento. La cuestión primordial no está tanto en identificar nociones clave que en las etnografías acostumbran a estar suficientemente descritas, sino en posibilitar entrever procesualmente el cambio en su significado y las correlaciones establecidas en cada momento: comprender con más claridad cómo los hechos tienen relación entre sí y se

corresponden con ciertas nociones clave, favoreciendo poder reproducir minuciosamente cada fase temporal experimentada. Porque la cronografía como técnica de análisis permite entrever cómo gran parte de las articulaciones significantes acostumbran a girar alrededor de nociones clave que dictan incluso gran parte de la experiencia, siguiendo genuinamente a Sapir (1934) en su articulación de la condensación simbólica y a Turner (1967), así como Schütz (1932) cuando habla de ámbitos de sentido trascendentes que conectan con distintos niveles de la realidad y de la experiencia.

En resumen, la *cronografía procreativa* (Lázare & Fons Renaudon, 2016, pp. 24-25)

a) Es una estructura *abierta*, que permite recoger todo lo que es significativo, sin forzar datos o buscar aquellos que deberían configurar el modelo.
b) Plantea un enfoque procesual, listando todo lo que acontece a lo largo del proceso, en cada una de las etapas de la estructura procreativa.
c) No solo describe sino profundiza en los datos, identificando los principios básicos o las unidades de sentido clave que centralizan lo que resulta ser más significativo en torno a la procreación y estableciendo correlaciones interesantes con elementos, en apariencia inconexos.
d) No impone la relación entre los elementos que configuran el proceso. Hay que descubrir el juego de correlaciones que las poblaciones establecen y sobre todo no darlo por preestablecido.
e) Ayuda a captar con mayor profundidad los cambios de sentido, puesto que ciertas nociones clave van variando a lo largo del proceso, porque no son estáticas en cuanto a su significado ni tampoco lo que se relaciona con estas.
f) Posibilita trazar la relación entre las ideas y su nivel de experimentación. solo así es posible captar cómo las ideas abstractas se traducen en la experiencia a lo largo del período procreativo.
g) Ilustra la fragmentación del proceso desde un punto de vista exegético o nativo. El trascurso procreativo no tiene por qué estar dividido en tres periodos —embarazo, parto y posparto. Cada sociedad regula de forma procesual la formación de un ser humano y las distintas etapas dan sentido a esta formación.
h) Permite establecer relación con aspectos sociales y culturales que fundamentan las sociedades.

Veamos un primer ejemplo que ilustre el potencial de esta técnica etnográfica. El proceso procreativo de los ndowe de la zona atlántica del África central[74] está significado por dos nociones dominantes relacionadas con la sangre y el semen que articulan gran parte de las concepciones sobre la formación del hijo/a, las prácticas de cuidado, la salud de la madre y el hijo/a. Aunque la sangre acaba resultando ser más un elemento formativo y el semen representación del vínculo con el grupo de parentesco. Refiriéndonos a la noción de sangre, las mujeres ndowe entienden que para ser fecundas deben engordar o, tal como lo expresan, «llenarse de sangre» comparándose con un árbol femenino que tiene abundante savia y produce frutos; y desde la concepción necesitan estar «llenas de sangre» para formar con ella a su hijo/a (su carne). Sin embargo, esta categoría semántica no es estática, sino cambiante a lo largo del proceso; tornándose comprensible cuando la analizamos según la significan las propias mujeres ndowe y entendiendo los cambios de sentido solo perceptibles desde la perspectiva procesual. Nótese cómo el proceso procreativo ndowe se

[74] Para más información etnográfica, véase Fons (2008).

divide en cinco periodos y cómo su fragmentación y la semántica de cada periodo dan a entender que el principio nuclear de la sangre se va transfigurando a lo largo del proceso relacionándose con todo un campo de experimentación también variable procesualmente.

1ª fase Concepción	2ª fase Gestación hasta los 7 meses	3ª fase Gestación, 2 meses previos al alumbramiento	4ª fase Del nacimiento a la primera semana de vida	5ª fase De la primera semana hasta los 2 o 3 meses después del parto
Noción de sangre variable procesualmente				
Engordar	**No engordar, pero fortalecerse**[75]	**No engordar, pero fortalecerse más**	**Fortalecerse**	**Engordar mucho**
Prácticas relacionadas con la noción de sangre				
Comer Descansar	No comer mucho Fortalecerse bebiendo y comiendo preparados medicinales	No comer mucho Fortalecerse con tratamientos medicinales más potentes	Comer preparado que refuerza Untarse el cuerpo con aceite rojo (como la sangre) Realizar ritual *tabamachia* (pago por la sangre vertida)	Comer mucho Amamantar constantemente Untarse de aceite rojo Colocar barreras simbólicas

Cuadro 1. *La noción de sangre en el proceso procreativo de los ndowe* (Elaboración propia)

El ejemplo ndowe ilustra hasta qué punto el valor atribuido a un elemento clave del sistema sobre la organización de la procreación de una sociedad puede llegar a variar a lo largo del proceso. Porque la semántica de numerosos elementos podrá comprenderse con mayor profundidad si tenemos en cuenta el espacio temporal que ocupa, y su relación con otras categorías agrupadas en intervalos. Por consiguiente, la *cronografía procreativa* aporta una perspectiva procesual de gran valor en la investigación sobre la reproducción, al permitir profundizar etnográficamente en los distintos elementos que forman parte del proceso procreativo y, especialmente, aquellos que son dominantes y nos indican lo que es nuclear en cuanto a la reproducción humana en cada contexto. Por ejemplo, tomando como ilustración los ejemplos etnográficos expuestos a continuación, veremos que en la sociedad rrom o gitana de Rumanía las nociones de pureza e impureza vehiculan la conceptualización de la sangre, las relaciones sexuales y el sentido que adquieren las diferentes partes corporales; la noción de fortaleza resulta fundamental en el devenir de la identidad gitana; y la noción de frío/caliente cambiante se relaciona con prácticas y prohibiciones. En la sociedad amazigh rifeña de Marruecos despunta significativamente la predestinación divina que determina la fase de gestación, íntimamente relacionada con la noción de pureza que se asigna de forma muy especial al bebé que se está formando a lo largo de todo este primer periodo; y otras nociones como la de calor y de seguridad muy presentes a lo largo del proceso procreativo, pero que se ven interrumpidas en algún momento. En el caso de las familias lesboparentales del País Vasco se observa nítidamente cómo a pesar de que se comparten las definiciones e interpretaciones del discurso médico-científico hegemónico en Occidente respecto a la formación del feto, las sustancias reproductivas (como el semen y el óvulo) que contribuyen a la formación del hijo son vistas, sin embargo, como ingrediente necesario pero secundario respecto al proyecto de procreación. Es así como sustancias biológicas de creación de parentesco adquieren el cariz de artificialidad: son sustancias que

[75] En el sentido de reforzar, adquirir más fuerza.

han sido sacadas de la naturaleza y manipuladas por los sistemas legales y médico-científicos al servicio de lo considerado verdaderamente vinculado al parentesco que es la voluntad de ser progenitor y el deseo de ser madre. Finalmente, las madres de Barcelona que reclaman un parto respetado optan por no depender de la biomedicina y eligen métodos entendidos más próximos a la «naturaleza», descubriendo procesualmente su propio cuerpo —instintivo y mamífero— y el de su hijo/a, y relegando el papel de la mente.

Como veremos a través de los ejemplos, toda la información etnográfica que resulta de esta técnica ofrece una panorámica sobre el acto de formar una persona, cuidarla e insertarla en una red relacional. Sin embargo, en algunas sociedades se articula además con el modelo biomédico (ginecológico y pediátrico) relacionado con el «niño sano» (Uribe Oyarbide, 2016). De aquí que la estrategia de concebir el proceso procreativo desde el prisma de las cronografías contiene un desafío cuando se abordan concepciones de muchas sociedades que se nutren de la hegemónica concepción del proceso reproductivo definido desde la biomedicina[76]. Aplicado en las sociedades occidentales las cronografías procreativas, como instrumento metodológico y analítico, permite abordar incluso concepciones que divergen de la interpretación que ofrece el sistema biomédico pero sin que logren (o pretendan) contestarlo o refutarlo. Un ejemplo de ello es el caso de las parejas homosexuales que deciden ser madres en el País Vasco, donde a la vez que se asume el imaginario de la formación fetal del modelo biomédico, así como las pautas de higiene y salud durante el embarazo y crianza, simultáneamente se reinterpretan las sustancias corporales tales como óvulos, semen, leche en cuanto vehiculadores de identidad y pertenencia. En este caso, lo natural se muda en artificial: el semen ineludible para la concepción se percibe como ajeno al proyecto procreativo. Desprovisto de identidad se convierte solo en materia prima para dicho proyecto. A su vez, se insiste en restar protagonismo al óvulo que procura el engendramiento, puesto que el hecho de que un óvulo provenga de una u otra miembro de la pareja no se considera relevante respecto a la identificación de ambas como madres. Este ejemplo ilustra hasta qué punto la reproducción no debe ser entendida como natural, sino como un fenómeno sociocultural, socialmente gestionado (Tabet, 1985, pp. 62 y 121), incluso cuando se trata de procesos procreativos en los que están presentes las nuevas tecnologías.

Ejemplos de cronografías procreativas de algunas sociedades

A continuación, presentamos por primera vez cuatro casos según el procedimiento de la cronografía. En realidad, el resultado son estructuras procreativas que dejan entrever significados profundos y correlaciones con otros muchos aspectos sociales y culturales que fundamentan cada una de las sociedades[77].

1. Los rrom (o gitanos) de Rumanía

Entre los rrom se significan cuatro tiempos en el proceso procreativo y tres nociones clave:

[76] Una inspiradora descripción del proceso reproductivo desde la concepción médico-científica la propone Emily Martin (1987).

[77] Debido al limitado espacio de publicación, las *cronografías procreativas* no presentan todo el detalle de los casos etnográficos analizados, solo ilustran lo más significativo. Para más información etnográfica véanse las siguientes publicaciones: Casado Aijón (2009); Imaz Martínez (2017); Lázare (2016); Lázare & Fons Renaudon (2016); Sàez i Sellarés & Catalán López (2012).

- La noción *thodo* o *wuzho* (vocablos para designar estados de pureza) y *marime* (impureza), que establecen límites simbólicos entre lo sucio y lo limpio y que se expresa de manera evidente a través de los significados que va tomando la sangre (*rat*), aunque no únicamente.
- La importancia de la noción de lo frío y lo caliente como condiciones favorables o peligrosas para la mujer gestante y el bebé.
- La noción de fortaleza que se relaciona como uno de los atributos clave otorgados a la noción de persona rrom.

1.1 Primera fase. Concepción

Las prácticas rrom asociadas a la noción de puro o limpio (*thodo;* también denominado *whuzo*) e impuro o sucio (*marime*) refieren a la «tradición» y a la distinción entre sangre limpia (la propia) o sucia (representada por la sangre del ciclo menstrual que debe salir fuera del cuerpo), al igual que las partes corporales puras o impuras (superiores e inferiores según el límite de la cintura) y las relaciones sexuales que solo deben establecerse en periodo no menstruante. La concepción rrom implica tener relaciones sexuales sin que intervenga la sangre sucia y establecer la «conexión» entre el semen (*mekimos*) y la sangre limpia (*rat thodo*). Nótese que esta sangre limpia es la contenida en el interior del cuerpo y se vincula a significados de filiación y es definitoria del parentesco. En los relatos aparece la descripción de síntomas corporales que indican el estado de embarazo, entre ellos *la retirada de la sangre* que anuncia la llegada de un período en el que predominará la condición *thodo* (de pureza). En este periodo, además, se aconseja a la mujer evitar el contacto con elementos fríos que causarían la infertilidad. Porque querer evitar la concepción conlleva deshonor y vergüenza. Para los rrom, pentecostalistas o no, Dios es quien interviene y ayuda a que el embarazo llegue a buen fin.

1.2 Segunda fase. Gestación hasta los cuatro o cinco meses

En este segundo tiempo impera la condición de pureza por la ausencia de sangre sucia, permitiendo las relaciones sexuales. Incluso la sangre aparece como una sustancia implicada en la formación de la carne del hijo/a. El objetivo principal es garantizar la continuidad del embarazo a lo largo de este periodo en que el hijo/a está incompleto y frágil. Por esta razón la mujer gestante debe descansar y evitar los contrastes fuertes de temperatura (el contacto con el agua fría o el aire frio). El mundo femenino toma protagonismo y todos los parientes (hombres y mujeres) tienen establecidos jerarquía y roles predeterminados según el sexo y la edad, unos límites marcados por la «tradición» que deben ser respetados. En relación con la noción de fortaleza, durante esta fase la mujer embarazada no debe realizar determinados trabajos de la casa. Normalmente es su suegra quien se encarga de darle apoyo. Aunque la responsabilidad puede recaer también en la hermana del esposo de mayor edad.

1.3 Tercera fase. Del cuarto y quinto mes de gestación hasta antes del parto

Como en la etapa anterior predomina la condición de pureza por la ausencia de sangre sucia. Las relaciones sexuales están permitidas y aconsejadas al favorecer la circulación de la sangre y facilitar la dilatación. También se realizan prácticas de

limpieza del cuerpo. Se promueve el contacto con elementos calientes para evitar el riesgo de infecciones. En este periodo toman especial importancia todas aquellas informaciones relacionadas con la noción de fortaleza y su vinculación directa con las características físicas de la madre y del hijo/a (su sexo, por ejemplo). Se recomienda que la madre trabaje y esté activa. Que se alimente bien y beba mucho líquido. Los movimientos de la barriga son la señal que indica el buen desarrollo del embarazo y lo fuerte que está el hijo/a. Siendo el objetivo principal que el hijo/a ya formado aumente de peso.

1.4 Cuarta fase. *Laufuzia*, del parto hasta el primer mes y medio

A diferencia de la etapa anterior, predomina la condición *marime* (impura) por la presencia de sangre sucia. El peligro de contaminación justifica las prácticas y prohibiciones, especialmente relacionadas con los hombres que deben mantenerse alejados. El personal sanitario y las mujeres de la familia son quienes pueden atender a la mujer durante el parto. Es decir, en esta fase la salida de la sangre sucia y el paso por los genitales de la mujer son razones por las que se considera que la madre y el bebé están sucios o impuros. La sangre es significada como una sustancia sucia que debe limpiarse. Por este motivo, para la madre que está *abierta* y el bebé se intensifican las prácticas de limpieza y las prohibiciones[78] dirigidas a evitar el peligro de contaminación. Por ejemplo, la madre no puede cocinar, comer con su familia, limpiar los platos, etc. Sus ropas tienen que limpiarse separadas del resto, usando diferentes recipientes. Y las relaciones sexuales están prohibidas. Se observan prescripciones especialmente significativas dirigidas a la madre que debe estar tranquila, descansar y alimentarse bien y los cuidados del recién nacido tienen como objetivo limpiarlo, protegerlo con el predominio de elementos propiciadores de calor como la leche materna y fortalecer muy especialmente algunas partes corporales consideradas débiles como la fontanela (*groapa*) y el ombligo (*burik*). Es en esta fase que sigue considerándose la fortaleza como prioritaria. La importancia de la primera leche (calostro) está íntimamente relacionada con fortalecer al recién nacido. El cuerpo de la mujer está abierto, aumentando el riesgo de enfermarse. Por esta razón debe evitar el contacto con el aire o el agua fría.

2. Los imazighen rifeños de Marruecos

Para el caso rifeño, la noción presente en el proceso procreativo es la de predestinación islámica que adquiere una importancia clave y estructuradora, al significar que el destino vital de todo individuo está determinado y diseñado por Alá desde el momento de su concepción. En la forma de representación rifeña, la concepción resulta ser una acción específica ocurrida en un momento puntual. Por este motivo la concepción no se incluye como una fase más del proceso procreativo, pero sí como el hecho iniciador de este. Los rifeños entienden que, durante la gestación de una niña, Alá la dota de un número determinado de óvulos, unos serán «óvulos con vida» y otros «óvulos secos». El número de «óvulos con vida» es decisión de Alá y solo estos son los hijos/as que una mujer podrá tener a lo largo de su vida,

[78] Actualmente y según el contexto, especialmente debido al pentecostalismo y a los procesos migratorios algunas prácticas y prohibiciones ya no se dan con la misma intensidad.

no usando métodos anticonceptivos. Siendo así, la concepción ocurre cuando uno de esos «óvulos con vida» es fecundado y es decisión divina que se dé en una relación sexual y no en otra. Una vez la concepción se ha producido, Alá envía dos ángeles a la nueva persona que se está formando. Estos tendrán tres misiones: velar y acompañar a la persona a lo largo de su vida, darle forma a la cara y al cuerpo durante la gestación y escribir en la frente del bebé el destino que Alá habrá escogido para él y que les habrá transmitido a sus ángeles.

La forma de representación rifeña subdivide el proceso procreativo en tres fases que se articulan alrededor de las siguientes nociones:

- Pureza e impureza, entendidas como una condición, así como un estado en el que se encuentran madre y bebé a lo largo del proceso.
- Peligro y seguridad, que hacen referencia a la percepción que los rifeños tienen de cada una de las fases del proceso.
- Frío y caliente del sistema hipocrático. Dicotomía galénica que interpreta el cuerpo, su estado así como las sustancias que entran y salen de él en términos de frías y calientes.

2.1 Primera fase. Embarazo

Desde la perspectiva rifeña, el embarazo se percibe como una única fase a pesar de que los cuatro componentes que conforman la persona se vayan adquiriendo en diferentes momentos: un cuerpo que se empieza a formar con la concepción, un alma que sería insuflada por Alá una vez el cuerpo está formado (a los cuatro meses de gestación en los niños y a los cinco en las niñas), una mente y un yo que se pueden manifestar después de la adquisición del alma y que se acabarán de adquirir durante la infancia. El bebé adquiere ya desde la concepción un estado y una condición de pureza que no lo abandonará hasta la pubertad. En cambio, la madre durante el embarazo no tiene una consideración especial al respecto más que aquella que le confiere el estar haciendo algo bueno a ojos de Alá. El embarazo es percibido como algo «natural», cuyo desarrollo está en manos de la voluntad divina. Se representa también como un período de acumulación de calor dentro del cuerpo de la mujer, necesario para que el bebé se desarrolle bien en su interior.

2.2 Segunda fase. Parto

El parto en sí mismo es percibido tal como lo ha sido el embarazo, como algo «natural» y seguro. Sin embargo, los rifeños sitúan el inicio de la tercera fase del proceso procreativo justo después de la expulsión del bebé durante el parto y esto conlleva que se yuxtapongan de manera inmediata la percepción de seguridad de la segunda fase con la percepción de peligro que estructura la tercera. En este contexto, la condición de la madre es ambivalente ya que se considera tanto pura, por estar trayendo al mundo a un nuevo musulmán, como impura, estado vinculado a su contacto directo con la sangre del parto, que es conceptualizada como residual e impura. Para los rifeños, la acción de parir se percibe como una situación de frío extremo que implica un desgaste de energía para la mujer y la pérdida del calor acumulado en su cuerpo a lo largo del embarazo.

2.3 Tercera fase. Ab3in youm andar yazm (literalmente «40 días con la tumba abierta»)

Esta tercera fase del proceso llamada *ab3in youm andar yazm* («40 días con la tumba abierta») es un periodo percibido de gran peligro para la vida de la madre y del bebé: ambas vidas se conceptualizan como una sola hasta la celebración del *ism*, la ceremonia de imposición del nombre del bebé que se celebra el séptimo día después del nacimiento. Con una identidad propia, el bebé saldrá de la situación de peligro mientras que la madre seguirá en ella hasta el día 40 después del parto. Ante la pérdida de calor y de energía, durante la tercera fase del proceso las rifeñas realizan la práctica terapéutica del *yazid akd arras al-hanut*[79] que tiene como objetivo la introducción de calor dentro del cuerpo de la mujer, ayudarla a recuperar la energía perdida y propiciar que expulse de su interior —a partir de pequeñas contracciones— aquellos restos del parto que le confieren su condición de impura. La recuperación del estado y la condición de pureza sitúan a la mujer de nuevo en el orden social que la impureza de la sangre del parto había apartado.

3. Maternidades lesbianas por inseminación artificial con donante anónimo en el País Vasco

En el contexto jurídico español, que permite el matrimonio, la adopción y acceso a inseminación con donante anónimo a las parejas lesbianas, la mayoría de ellas recurre a este último método para acceder a la maternidad. La procreación aquí además de formación de un nuevo ser humano torna también en el proceso de conversión de ambas mujeres en «madres» tanto desde el punto de vista simbólico e identitario como desde el punto de vista legal. Esta doble dimensión del proceso procreativo incide en que los tiempos del proceso se reorganicen sutilmente y que emerjan con nitidez nociones específicas de esta concepción procreativa que comparte las definiciones e interpretaciones procedentes de la concepción científico—médica hegemónica. Las sustancias como sangre, semen, óvulos, gen o útero pierden protagonismo en una concepción de la procreación que se articula en torno a la voluntad de ser madre y a la idea del amor como sustancia compartida. Igualmente, el proceso procreativo mismo se hace imposible de desligar de la conyugalidad. Por lo tanto, el proceso procreativo gira alrededor de dos nociones clave:

- La noción de lo artificial/natural.
- La importancia de la maternidad compartida, los lazos parentales y/o conyugales.

3.1 Primera fase. Proceso de la concepción e inicio de la gestación

A diferencia de la concepción a partir del coito heterosexual, el sometimiento a fecundación artificial o *in vitro* implica una decisión y definición de un proyecto de maternidad. Incluye también entrar en una rutina médica supervisada que comienza antes de la concepción. Esta rutina médica, que tiene una fecha inicial marcada por la visita al especialista y que incluye exámenes médicos, estimulación ovárica y hormonación, así como «ciclos» de inseminación, y el inicio de la gestación propiamente dicha, es percibida por las protagonistas como una misma fase. Si bien

[79] Literalmente «pollo con *ras al-hanut*», especia a la que se le atribuyen propiedades terapéuticas.

las mujeres conocen y en cierta medida comparten las definiciones y etapas que corresponden al proceso procreativo desde la perspectiva médica, no es extraño que las parejas hablen de embarazos que se contabilizan desde el mismo día de la primera cita médica y que se alargan en consecuencia incluso durante años en los que una o ambas miembros de la pareja se someten a terapias sin éxito. La noción de compartir se hace presente en el propio proyecto conjunto de maternidad y también en la decisión consensuada de quién será la gestante, donde la edad, la salud o tener más o menos ganas de vivir la experiencia corporal del embarazo actúan como variables definitorias. En los últimos años la posibilidad de acceder a lo que se ha denominado ROPA[80] hace que la idea de compartir se incremente, tanto por participar ambas en la formación del nuevo ser (una mediante la gestación, otra mediante el aporte genético del óvulo) como porque esta técnica requiere simultanear el proceso hormonal por parte de ambas mujeres. La idea de compartir a través de fragmentar y tomar parte en el proceso de gestación ahonda el sentimiento de colaboración mutua y de proyecto común. Es así como se minimiza la importancia otorgada al embarazo como aquello que determina la maternidad pero también el valor que se adjudica a aportar o no carga genética al que será hijo/a de ambas. Ser madre se ve aquí como la consecución de un proyecto compartido que nace del deseo y el convencimiento de querer ser madre. Pero este deseo de ser madres, requisito primero e imprescindible, necesita de elementos externos y ajenos a la pareja y a su proyecto para realizarse. El sistema médico-científico que interviene y el semen anónimo que se requieren para la consecución del embarazo son percibidos de forma instrumental, una intromisión artificial respecto al genuino e íntimo proyecto de maternidad. Así, las pruebas, la inseminación, el propio semen es percibido como un trámite desligado de toda connotación emocional. Por ello mismo, el donante aparece despersonalizado y sin identidad y la sustancia biológica leída en exclusivos parámetros de calidad del producto en salud, fortaleza o higiene.

3.2 Segunda fase. Embarazo avanzado

La segunda fase del proceso que en lo relativo a la perspectiva médica hegemónica es de desarrollo fetal y de control de su correcto desarrollo, en el caso de las madres lesbianas implica también una salida a la luz pública de esta maternidad compartida y un esfuerzo por ser integradas conjuntamente en cuanto que progenitoras en el proyecto procreativo. Lo que hasta ahora se había circunscrito al ámbito médico (ser reconocidas por los médicos como una unidad parental, de forma que ambas son informadas y consideradas en el proceso) se extiende al ámbito más cotidiano de vecindad y amistad. El matrimonio y la reclamación de maternidad previa al nacimiento sobre el hijo/a a través de su inscripción en el registro civil son elementos importantes para la mujer no gestante que desde el punto de vista jurídico no está hasta ese momento relacionada con el niño/a en ningún aspecto, a excepción del matrimonio con la mujer gestante si es que este se ha producido. La conyugalidad se convierte así en el medio de convertir a las dos mujeres en madres y al niño en hijo de ambas. Por otra parte la visibilidad que adquiere el embarazo en sus últimos meses, que hace que la próxima

[80] ROPA (recepción de óvulo de la pareja), es decir realizar una fecundación *in vitro* en la que el óvulo sea implantado en el útero de la cónyuge.

maternidad sea evidente, coincide con la necesidad de confirmar en el entorno social de amistad y de vecindad que el hijo/a lo será de ambas. Que este entorno acepte este proyecto compartido de maternidad se convierte en prioritario desde el momento en que el modelo de maternidad que se plantea es desde la igualdad respecto a responsabilidades y prerrogativas sobre el bebé que va a nacer. Es curioso como en estos casos la declaración de la maternidad conjunta va de la mano de la declaración de relación de pareja de ambas mujeres, que en muchas ocasiones no se había producido explícitamente. Especialmente importante se convierte en estos casos insertar al bebé por nacer y a la mujer no gestante como madre en la red de parentesco de origen de ambas. Los regalos y ofrecimientos de ayuda por parte de estos parientes se convierten así en esenciales en la confirmación de que el futuro niño/a participará de una red de parentesco bilateral.

3.3 Tercera fase. Maternidad reconocida

El tercer momento se inaugura con el parto e incluye la inscripción definitiva mediante la partida de nacimiento de ambas mujeres como madres de ese hijo/a. Esta inscripción ratifica las etapas anteriores en las que se ha ido dibujando la identidad de madres. En un contexto de modelo procreativo de enaltecimiento y fomento de la lactancia materna es posible que la mujer no gestante intente estimular la secreción de leche, recurriendo para ello a estimulación mecánica (mediante sacaleches) o a estimulación química, decisión que en ocasiones el propio personal médico puede fomentar. La leche se convierte así en una participación más en la vía de remarcar la igualdad en la calidad de madres, una implicación corporal que puede sumarse a la anterior aportación del óvulo en los casos en los que se ha recurrido al método ROPA. De esta forma la participación en el proceso procreativo, aquello que se comparte, se intensifica. Es llamativo que esta participación se entiende de nuevo más como un acto de compartir en el seno de la pareja (compartir trabajo, pero también experiencias maternales) que como una forma de estrechar el vínculo de crianza con la criatura.

4. Madres de Barcelona por un parto respetado

En Barcelona cada vez es mayor el número de mujeres que simpatizan con la idea de tener un parto respetado[81], cuyos principios básicos son permitir que la fisiología femenina siga espontáneamente su curso sin intervenir en el proceso (siempre y cuando sea un parto de bajo riesgo), amparar el derecho de las gestantes como usuarias de los servicios de salud a ser informadas y a elegir libremente entre las opciones médicas disponibles, y asegurar que necesidades y preferencias de cada embarazada son tenidos en cuenta por los sanitarios. Las prácticas y representaciones que aparecen en las narrativas de mujeres simpatizantes con el parto respetado suelen articularse alrededor de las nociones clave en torno a:

- cuerpo (un cuerpo significado como mamífero)
- mente

[81] No es objeto del artículo profundizar en este aspecto, por lo que en el texto se ha optado por seguir el sentido que le otorgan las madres informantes y las organizaciones activistas, de donde procede originalmente, y donde su uso conceptual está más extendido. A nivel teórico, puede tomarse como referencia la definición de «parto respetado» de la asociación *El Parto es Nuestro* (https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/que-es-un-parto-respetado), así como la que contiene el manifiesto de Dona Llum - Associació Catalana per un Part Respectat (https://www.donallum.org/manifest/).

- y emociones

4.1 Primera fase. Gestación

La primera fase del proceso procreativo corresponde a la gestación porque los relatos de las madres toman como punto de partida el embarazo y no la concepción. A lo largo de esta fase el feto no aparece como sujeto activo, aunque todas las decisiones del embarazo serán tomadas para asegurar su bienestar (sujeto pasivo). Los cambios anatómicos del embarazo se presentan como una oportunidad para que las mujeres entren en contacto con su *naturaleza mamífera* y realicen una lectura de su cuerpo femenino diferente, al ponerse en marcha mecanismos biológicos antes desactivados. La gestante *conecta con su cuerpo*: aprende a *escucharlo* y a comprender el funcionamiento de algunas de sus partes concretas, sobre todo la pelvis. Descubre que estas serán la clave para ayudar al bebé en el descenso durante el parto (posturas, ejercicios, etc.). El aprendizaje sobre cómo opera el cuerpo embarazado sirve a las mujeres para que crean en su plena capacidad para dar a luz de forma autónoma. Saber que «su cuerpo mamífero sabe parir» produce que confíen en sí mismas y puedan encarar el parto desde el empoderamiento. Este proceso de autoconocimiento suele ser descrito por las mujeres como un tránsito placentero: la vivencia del embarazado como una etapa de gozo y autoconocimiento en sí misma.

4.2 Segunda fase. Parto

La segunda fase corresponde al parto, concebido como el momento en que «el bebé estará preparado para nacer». Las narrativas de mujeres muestran con frecuencia una diferenciación de tiempos entre el parto propio y el nacimiento del hijo/a, que a pesar del sincronismo con el que se dan, son procesos distintos para la madre y el bebé e incluso implican vivencias diferentes para cada uno. Es especialmente significativo que en los relatos aflore la idea de que el parto es un proceso al que, lejos de poner resistencia, hay que abandonarse «dejando la mente a un lado» para permitir que sean el cuerpo y los *instintos mamíferos* los que guíen el proceso; unos instintos que no solo se le suponen a la madre sino también al bebé, puesto que ambos saben intuitivamente lo que deben hacer para parir o nacer, respectivamente. Para que puedan lograrlo, sin embargo, se entiende que deben darse unas condiciones de entorno necesarias como libertad de movimientos, luz tenue, intimidad, silencio, calor, etc. Justificado además por el conjunto de hormonas que se activan especialmente en estas situaciones. La oxitocina, presentada como hormona protagonista del parto, es segregada cuando las personas se encuentran en un estado de ánimo bueno, de alegría, bienestar o placer. Puesto que el avance del parto dependerá de la segregación de oxitocina de la gestante, el objetivo del trabajo de parto (periodo de dilatación) irá dirigido a proporcionarle elementos para que pueda sentirse protegida, acompañada, querida, alegre, segura, confiada y feliz. La asistencia sanitaria, de la que en modo alguno estas mujeres quieren prescindir, debe estar encaminada a controlar sin intervenir —si no hay riesgos— y a asegurar que cada mujer pueda autogestionarse tanto como lo desee. El parto es tomado como un hecho más instintivo que mental, en el que el acto de pensar no solo no es útil sino también contraproducente al obstaculizar que los instintos realicen su trabajo. En sus relatos de parto estas mujeres insisten en separar el dolor

del parto del sufrimiento y señalar que el dolor creciente, como indicador de que el parto va evolucionando, debe ser pensado no como un enemigo, sino como un aliado. Sobre todo porque las endorfinas segregadas por el dolor son pensadas como beneficiosas para que el nacimiento prospere dentro de la normalidad. Obsérvese cómo de nuevo el argumento se construye en torno a las hormonas y la mirada al interior del cuerpo gestante. Pese a que lo instintivo se valora por encima de lo mental, hay en este argumento un proceso de comprensión y racionalización del dolor que supone una excepción a la idea general de vaciar la mente durante el parto para que solo actúen los instintos. El parto es visto como una vivencia positiva y saludable, intensa, pero empoderadora.

4.3 Tercera fase. Posparto

La tercera fase de la cronografía procreativa coincide con el posparto, un periodo regido por la búsqueda del *continuum*, concepto según el cual deberá asegurarse que la relación física entre la madre y el bebé se perpetúa tras el parto, pues se entiende que el hábitat natural del bebé sigue siendo el cuerpo materno. El bebé es pensado como un ser inmaduro que todavía necesitará unos meses para madurar hasta que tenga unas capacidades semejantes a las de los demás mamíferos cuando nacen (caminar, dentición, etc.). Por ello, hasta los dieciocho meses aproximadamente, el bebé continuará formándose por un proceso similar al de la exterogestación[82] referido por las madres como «método canguro». La lactancia materna exclusiva y a demanda y el colecho con *la cría* son prácticas significativas de este periodo, concebidas como respetuosas con las necesidades del *bebé mamífero* quien, en esta fase, sigue pensándose como un ser completamente instintivo y nada mental: el llanto, por ejemplo, no se ve como un «chantaje» o «manipulación» del bebé, sino como un signo de comunicación *instintivo* que le sirve de aviso cuando le surge algún problema como que tenga hambre, frío o se sienta solo. Todas las prácticas del posparto son vistas como una decisión *consciente,* porque son las que concuerdan con el modelo de crianza elegido, y que las madres denominan «crianza respetuosa».

Al mismo tiempo, las madres señalan el posparto como la culminación de sí mismas como mamíferas, sobre todo por ser *hembras* capaces de alimentar a sus bebés. El cuerpo materno es visto como uno dominado por un *cóctel de hormonas* que produce estados de ánimo variables en la madre, convirtiéndola en un ser vulnerable. Ello explica que el modelo ideal de cuidado del posparto sea que la madre sea cuidada para que ella pueda cuidar al bebé (cadena de cuidados).

Un apunte final sobre las cronografías procreativas ejemplificadas

Los ejemplos etnográficos ilustran el potencial de la técnica etnográfica de la cronografía al permitir exponer procesualmente todo el contenido etnográfico de la secuencia procreativa (desde la concepción hasta después del parto) para cada población, identificar los diferentes intervalos de tiempo en esta secuencia y su contenido, las nociones clave y sus prácticas

[82] La exterogestación es el periodo de crecimiento de una cría, animal o humana, que comienza inmediatamente después del parto (fin de la gestación), cuya función es que esta alcance cierto nivel madurativo como para poder desenvolverse con un grado mínimo de autonomía. Esta etapa es entendida como una segunda gestación, o gestación externa, y requiere todavía del contacto continuado con la madre para que pueda lograrse el crecimiento básico, que habitualmente coincide en las crías humanas con que pueda ser capaz de desplazarse o caminar por sí misma.

relacionadas con la procreación humana, denotando lo variables que pueden llegar a ser y sus múltiples correspondencias también cambiantes a lo largo del proceso. Es decir, no resulta suficiente solo llegar a comprender el reducido núcleo de principios rectores, sino su significación versátil que sigue la manera de pensar y las acciones emprendidas por las mujeres u otras figuras parentales a lo largo del proceso.

Para acabar de mostrar la capacidad de aplicación de la técnica de la cronografía, repasemos brevemente los ejemplos etnográficos citados. A) En el proceso procreativo rrom o gitano de Rumanía dos nociones rectoras de toda la experiencia están relacionadas con la identidad gitana. El hijo/a pasa por dos primeras fases, cuando se encuentra en el interior —en gestación—, significadas por la importancia de la pureza y de la sangre limpia y formativa, idea relacionada con la identidad gitana que traza una diferencia clara frente al no-gitano y la centralidad de la *raza*[83]; cuando traspasa el exterior, a partir del parto se convierte en contaminante solo por un tiempo, hasta que el desorden provocado por la alteración de pureza desaparece. En cambio, la fuerza la adquiere gradualmente, siendo débil al principio y mostrando ser fuerte cuando la madre nota en su barriga sus primeros movimientos en forma de patadas. B) Entre las mujeres imazighen rifeñas de Marruecos despunta significativamente todo lo relativo al Islam, lo espiritual, muy especialmente en tiempo formativo cuando intervienen diversos elementos divinos en la formación del hijo como musulmán. De hecho, la concepción se excluye como una fase propiamente dicha y el hijo se va concibiendo en ciclos a lo largo de toda la gestación. Es en esta fase cuando se concentra la pureza divina, la protección espiritual y el calor para dotar al hijo/a de sus componentes vitales que va adquiriendo paulatinamente (cara/cuerpo/frente-alma-mente-yo); en contraste con lo que sucede después del parto, tiempo de máximo peligro —de frío y de impureza justo después del alumbramiento— que finaliza con la incorporación del hijo/a con su identidad musulmana inscrita y parental adquirida. C) En el caso de las parejas homosexuales que deciden ser madres en el País Vasco está el peso de la tecnología especialmente concentrada en una concepción larga. Aunque ya a partir de esta fase las mujeres aúnan esfuerzos en borrar el peso de lo biológico para construir y reforzar los lazos parentales y conyugales. Restando identidad a las sustancias (especialmente al semen), se promueve antes que nada compartir la maternidad en construcción en distintos tiempos: si en la concepción las dos madres participan en el proyecto biológico (con la aportación de óvulos), de forma íntima; ya en el embarazo avanzado se promueve la inserción en la red de parentesco; y en la maternidad reconocida se intensifica la participación con el amamantamiento compartido y se refuerza el vínculo de parentesco bilateral. D) Las madres de Barcelona defensoras del parto humanizado ponen énfasis en lo considerado «natural» (en contra de la visión intervencionista y medicalizadora de una parte de la tradición biomédica) y lo biológico en todo el periodo. De forma progresiva aprenden a descubrir su cuerpo (naturaleza mamífera, instintiva o biológica) y su autogestión, versátil a través de las etapas del embarazo, el parto y el puerperio. Si el cuerpo va adquiriendo protagonismo a lo largo del proceso hasta que los instintos y las hormonas toman un papel relevante, la mente actúa a la inversa.

[83] El concepto *raza* (*natia* —en lengua gitana— o *rasă*—en rumano) se refiere al grupo de parientes al que se adscribe por filiación patrilineal, aunque acostumbra a actuar como un grupo más extenso de personas que se adhieren a él principalmente a través del matrimonio.

Conclusión

Nos ha parecido de interés presentar la herramienta de análisis de la *cronografía procreativa* con la que hemos estado trabajando datos etnográficos relacionados con la procreación, y así ilustrar la capacidad de aplicación que tiene en distintos contextos y la posibilidad de poder reflexionar sobre la diversidad de los procesos reproductivos o fórmulas procreativas. Quisiéramos enfatizar el hecho de que los estudios etnográficos del proceso de procreación son usualmente problemáticos en sus interpretaciones porque toman cada etapa con sus datos etnográficos de forma independiente, como si no estuvieran relacionadas entre sí. La herramienta metodológica aquí presentada toma este proceso como un todo, haciendo posible entender lo que el proceso estructura. Permitiendo el análisis procesual y en profundidad de todos los elementos que surgen en cada una de las fases de la secuencia procreativa y su variación a través de este, llegando a establecer interesantes resultados etnográficos sobre la procreación humana, en aras a la comparación transcultural. En este sentido, el análisis procesual ayuda a entender que la construcción de la persona y de sus vínculos parentales se realizan por etapas, significadas por toda una serie de marcos conceptuales que varían en cada población y que ayudan a interpretar con mayor sentido el nivel de la experiencia de las madres y padres u otros parientes en todo el proceso, en parte muy vinculados al cuidado del hijo/a, a su supervivencia. Incluso a partir de las secuencias procreativas queda ilustrada la idea de que la formación del hijo/a acostumbra a originarse desde una edad muy temprana (a veces, incluso, antes de la gestación) y de forma gradual, que frecuentemente ciertas sustancias o fluidos formativos pueden determinar las relaciones con grupos —parientes en distintos grados o posicionamientos— y que los cuidados que se le brinda al hijo/a a lo largo de este periodo no hacen más que trazar vínculos de parentesco. Creemos que trabajar la procreación en este sentido puede aportar una mayor comprensión etnográfica de las formas de conceptualizar, experimentar y practicar la reproducción humana, especialmente ahora que, además de la diversidad de concepciones que ha recogido la etnología entre los diversos grupos humanos, se suman nuevas que reinterpretan, matizan o se oponen a la hegemónica concepción médico-científica.

6.1.2 Conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad en el parto natural: el caso del centro de salud Marenostrum en Barcelona[84]

Introducción

La memoria de actividad del Servei Català de la Salut de 2014 apunta a que en Cataluña existen treinta y tres centros hospitalarios que cuentan con un programa de asistencia natural al parto y una adecuación de instalaciones a sus necesidades específicas (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2015, p. 189). Esta iniciativa forma parte de un conjunto amplio de medidas que los servicios catalanes de atención a la salud maternoinfantil han adoptado como actualización de buenas prácticas para la atención al nacimiento, cuyo origen es la Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal[85] que el Sistema Nacional de Salud aprobó en 2007. Dieciséis de los hospitales —prácticamente la mitad— que cuentan con un programa de tales características se concentran en el ámbito metropolitano de Barcelona (ibídem 2015, p. 192). Barcelona también fue el lugar donde se gestó la *Guia d'assistència del part a casa* (Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2010), la única de sus características disponible en el Estado español hasta el momento y que también incorpora el modelo de asistencia natural al nacimiento. No tiene esto nada de fortuito si tenemos en cuenta que los informes del Observatorio del Parto en Casa en España del equipo EDUCER[86], con datos del 2010 al 2013, señalan que Cataluña es la comunidad donde más familias optan por un parto domiciliario y que, dentro de este marco, Barcelona es el lugar donde más extendida está esta práctica (Educer, 2012, 2013, 2014, 2015).

Existen muchos indicadores, por tanto, que hacen pensar que en Barcelona se aglutina un colectivo creciente de familias simpatizantes con la ideología del parto natural. Por esta razón, las investigaciones etnográficas sobre cómo se concreta la conceptualización y las prácticas que giran en torno al parto natural en Barcelona son pertinentes para favorecer la comprensión de este fenómeno social. En este sentido, el estudio de caso que se presenta a continuación quiere contribuir a conocer todo el marco de significación que mujeres, acompañantes y profesionales otorgan al hecho de dar a luz naturalmente, que incluye maneras específicas de pensar el cuerpo, la persona y la maternidad.

Metodología

Los datos presentados fueron recabados y analizados a lo largo de un estudio de dos años y medio de duración (noviembre 2009 - junio 2012)[87]. Durante este periodo se llevó a cabo la

[84] Lázare Boix (2016b). Artículo publicado en 2016 en *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, Núm. 21, 1, pp. 18-32.

[85] La Organización Mundial de la Salud define el concepto de «parto normal» como aquel en que se da «Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones» (Organización Mundial de la Salud, 1996, p. 7).

[86] En el Estado español no existe ningún registro oficial sobre partos domiciliarios, razón por la cual solo es posible aproximarse a las estadísticas mediante iniciativas particulares como la de EDUCER.

[87] Aunque el artículo únicamente se enfoca en el centro de salud Marenostrum, el estudio de caso debe situarse en una investigación más amplia, de carácter doctoral, en donde la autora ha explorado otros estudios de caso, como el de la sala de partos de La Maternitat de Barcelona, con la intención de realizar un estudio comparativo. Se prevé que su tesis doctoral sea publicada en 2017.

correspondiente investigación etnográfica en el Centro de Salud Familiar Marenostrum[88], desarrollada en dos etapas de trabajo de campo: la primera, de carácter prospectivo, desde noviembre del 2009 hasta febrero del 2010; la segunda, con un propósito descriptivo-interpretativo, desde febrero hasta finales de mayo del 2011. Tras el primer análisis de datos etnográficos, se percibió que la conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad resultaban tres elementos altamente operativos para la comprensión del fenómeno estudiado. Por este motivo, el segundo periodo de trabajo etnográfico estuvo orientado al examen e interpretación de estas tres nociones, aunque siempre desde una mirada holística.

La observación participante fue la principal técnica de recolección de datos y fue empleada básicamente en el transcurso de las sesiones de preparación al parto del centro. El criterio de inclusión primordial para la muestra fue que los sujetos estuvieran directamente vinculados al programa de preparación del parto natural de Marenostrum. Bajo el designio de captar las interacciones entre los diversos actores del centro, se prestó atención tanto a madres y parejas como al equipo de profesionales —todas mujeres— que conducían las sesiones de preparto; la suma de todos supuso una muestra conformada por 70 personas aproximadamente.

El posterior análisis cualitativo de la información etnográfica recabada ha sido triangulado con un examen teórico y documental de literatura antropológica, pero no solo, relacionada básicamente con formas de conceptualizar la salud procreativa.

El centro de salud Marenostrum

El Centro de Salud Familiar Marenostrum está especializado en ofrecer atención al parto en casa. Ello es relevante porque la programación de un parto domiciliario suele estar basada en la intención de llevar a cabo un parto natural, y esto explica que las clases de preparto que ofrece estén especialmente dirigidas a conseguir un parto de estas características. Por eso, las gestantes que escogen esta opción cuentan con la posibilidad de realizar los controles del embarazo en el propio centro.

Marenostrum cuenta con un programa específico de acompañamiento al embarazo, el parto, y el postparto y la crianza cuyo pilar fundamental se asienta en el principio de que ninguno de estos procesos debe ser entendido como una enfermedad, antes más bien como capítulos normales en la vida reproductiva de las mujeres. Esta idea es capital para comprender que en el centro prevalezca la idea de que la atención al parto de bajo riesgo que discurre con normalidad sea ámbito específico no tanto de médicos, sino de comadronas, por ser las profesionales especializadas en la atención fisiológica y emocional del parto. Es un precepto compartido tanto por las profesionales del centro como por las madres y las parejas que la comadrona es la profesional de referencia[89]. Desde sus lógicas, de hecho, la relación de confianza entre la comadrona y la gestante tiene un peso tan importante que es vista como un factor clave para el parto. La ausencia de una conexión personal cordial entre ambas partes en el proceso de dilatación o del propio parto es a veces contemplada como una razón posible por la cual puede fracasar un parto natural

[88] Mi profundo agradecimiento al equipo de comadronas del Centro de Salud Familiar de Marenostrum y las parejas por su excelente trato, sabiendo sin ellas no sería posible este trabajo. Y también a mis colegas académicos y a Marta Reyes por sus amables sugerencias para mejorar el texto.

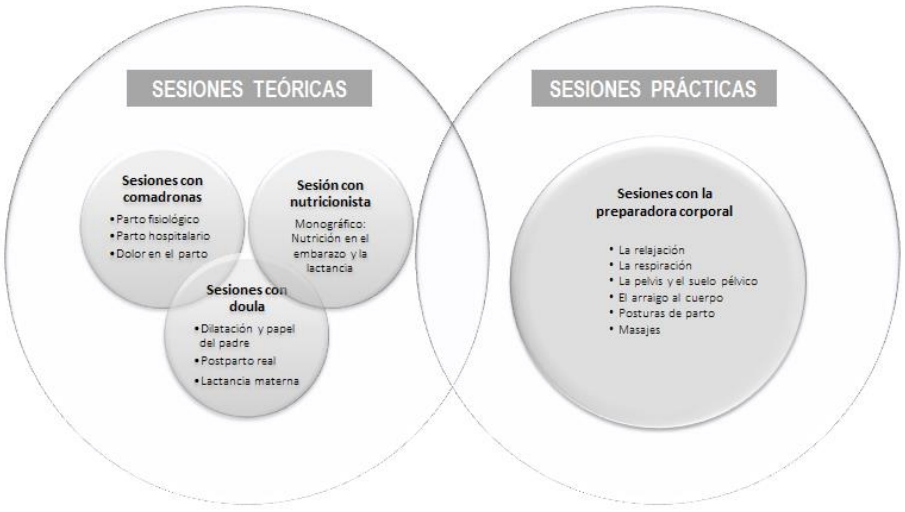
[89] En este punto, la narrativa emic también concuerda con la de los protocolos y documentos oficiales de consenso, que también definen a la comadrona como la figura asistencial de referencia para la asistencia del parto normal (Confederación Internacional de Matronas, 2011; Federación de Matronas de España, 2007, pp. 8-9; Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2007a, p. 17).

(especialmente cuando acontece en el hogar), entendiéndose por esto que aparezca alguna complicación o contratiempo inesperado que propicie el final del parto natural.

Otro de los pilares fundamentales del programa es que según las profesionales está basado en la evidencia científica más actual sobre asistencia al embarazo, el parto y el postparto. Por ello, es frecuente que en los debates o las cuestiones específicas que se abordan en las clases de preparto, las profesionales aporten información de carácter científico, basada en estudios o guías de recomendaciones clínicas, para justificar por qué desde el centro se apueste por cierto tipo de prácticas consideradas como menos intervencionistas. Interpretar la evolución de la dilatación según comportamientos de la mujer y no mediante tactos vaginales sistemáticos, dejar que la parturiente elija libremente la postura para dar a luz en vez de litotomía (postura horizontal recostada) o retrasar el corte del cordón umbilical hasta que haya dejado de latir en vez de inmediatamente después del nacimiento, son algunos ejemplos. La predilección de unas prácticas en contraposición a otras es siempre razonada a la luz de la evidencia científica.

Las mujeres que optan por el parto en casa —eran minoría dentro del grupo de parejas del curso de preparación al parto— suelen combinar los controles gestacionales de los CAP y los hospitales con los seguimientos que realiza el centro Marenostrum a nivel privado. La principal razón de esta simultaneidad es que de este modo se aseguran de que, si en algún momento del parto cabe realizar un traslado al hospital, este ya cuente con el historial de seguimiento médico del embarazo.

La preparación al parto está constituida por un programa propio de tres meses de duración, tiene un formato cíclico —una vez finalizado vuelve a comenzar— y abarca un total de trece sesiones: siete teóricas y seis prácticas. Por un lado, las siete sesiones teóricas se dividen entre tres tipos: las de las comadronas (3), las de la doula (3), y la sesión monográfica sobre nutrición durante el embarazo y la lactancia (1). Por el otro lado, las seis sesiones prácticas están todas dirigidas a la preparación corporal para la fase de dilatación y parto. Las sesiones de comadronas, de doula y de preparación corporal comprenden, a su vez, tres temas concretos específicos, de forma que cada clase está dirigida a tratar un tema concreto (ver Cuadro 1):



Cuadro 1. Estructura del programa de preparto (2011). Elaboración propia.

El cuerpo embarazado o de cómo volverse «un poco diésel»

La preparación corporal ocupa prácticamente la mitad del programa de preparto. Si bien la dimensión corporal toma en este tipo de sesiones un protagonismo más directo, es también asidua su presencia en las clases teóricas. Y es principalmente este hecho el que hace oportuno un análisis del «cuerpo» proyectado en este contexto.

El objetivo primordial de la preparación corporal es tomar conciencia del cuerpo y de los cambios fisiológicos que este experimenta durante la gestación. La idea es que al entender cómo funciona el cuerpo embarazado se puede aprender a utilizarlo de la mejor forma posible para facilitar el parto.

Los ejercicios corporales que se proponen en este tipo de sesiones son efectuados tanto por las mujeres embarazadas como por sus parejas (normalmente hombres). Buena parte de estas actividades están dirigidas a aprender a relajar el cuerpo, a tomar conciencia de la respiración y a percibir las reacciones del cuerpo cuando se le aplica, por ejemplo, un masaje. A pesar de las diferencias anatómicas entre mujeres y hombres, se entiende que ambos son capaces de captar sensaciones corporales básicas que son similares. Así, se pretende que los hombres adviertan estas reacciones en sus cuerpos para que puedan entender mejor cómo ayudar a sus parejas durante la dilatación y el parto.

Sensaciones corporales

Las clases suelen iniciarse con una breve charla entre los asistentes y las conductoras de las sesiones. En esta conversación múltiple es frecuente que las embarazadas manifiesten cuáles son las sensaciones que su cuerpo experimenta en el marco de la cotidianidad. Buena parte de ellas coinciden en sentirse cansadas y a menudo explican que necesitan más tiempo para realizar tareas que antes resolvían más rápido: «Es que te vuelves un poco diésel, ¿no? Yo antes era como muy… muy gasolina, pero ahora… ¡uf! » (Anna, gestante primeriza, 36 años, 2011).

Estas experiencias muestran la imagen de un cuerpo femenino que con la llegada del embarazo ha visto alterado su ritmo habitual, tornándose más pausado. Con asiduidad, la preparadora corporal suele explicar que sus sensaciones tienen que ver con el hecho de que el organismo de la embarazada está sistemáticamente produciendo nuevas células. Así, el cuerpo gestante se presenta como una entidad física que se encuentra trabajando las veinticuatro horas del día y, por ello, evoca la imagen de un cuerpo fatigado.

Conocer el cuerpo activo

Las clases de preparación corporal quieren mostrar que el cuerpo humano, incluido el cuerpo gestante, no está estructurado para ser sedentario, antes más bien para ser dinámico. En base a ello, el cuerpo embarazo saludable es imaginado como aquel que, aunque sin cometer excesos físicos, debe estar en movimiento, y nunca en absoluto reposo. Además, es habitual que se aconseje a las embarazadas que aprovechen en la medida de lo posible la movilidad que les brinda el embarazo, puesto que la etapa del postparto se presenta como una fase necesariamente más sedentaria, porque el cuerpo debe recuperarse del esfuerzo que ha realizado para dar a luz y por la necesidad de cuidado intensivo del bebé. Obsérvese cómo en este punto se activa un juego de oposiciones entre conceptos generales y saberes propios. Se fomenta el conocimiento del cuerpo a través de las ideas pero llevándolo al campo de la propia experiencia: se intenta que no sea un cuerpo inerte —medicalizado— el que da a luz, sino que la meta es que las distintas partes corporales (o, al menos, unas específicas) intervengan en el proceso. Se despierta la conciencia de la

movilidad de dichas partes corporales y de que estas tendrán un protagonismo clave en el parto, aunque señalándose que será el instinto el que intervenga en el momento clave. En este caso, se da la oposición entre *cuerpo inerte* y *cuerpo activo*, al tiempo que se evoca la idea de un *cuerpo partido* en el sentido de que puede ser dividido en partes, cada una de las cuales tiene características propias con funciones distintas.

En el transcurso de las clases prácticas la mirada hacia el cuerpo se focaliza en unas zonas específicas de la anatomía, básicamente, la pelvis y los huesos que la componen. La principal razón es que es allí donde se desarrolla el embarazo y porque en esta zona se encuentra el canal que el bebé recorrerá para salir del cuerpo de la madre, según las profesionales. Estos ejercicios quieren demostrar que los huesos que configuran la pelvis crean articulaciones en ciertos puntos de esta en las que hay movilidad y no rigidez, de modo que los ejercicios enseñan técnicas corporales y posturas que ayudan a potenciar el movimiento de estas zonas para facilitar así el tránsito del bebé hacia el exterior. Explorar y conocer los detalles de cómo funcionan las partes corporales en el parto provoca en las gestantes del curso una mayor confianza en sí mismas ante la idea de si sabrán o no dar a luz a sus bebés. A lo largo de las sesiones estos nuevos conocimientos serán crecientemente incorporados y reproducidos en el discurso de las embarazadas. El saber sobre el corporal como núcleo de su empoderamiento.

Sexualidad y sustancias corporales

Los genitales femeninos son también un foco de especial atención. La mayor parte de las profesionales que trabajan en las clases de preparto apuntan con asiduidad a que el embarazo y el parto deben ser entendidos como dos de los episodios más relevantes de la vida *sexual* de una mujer. Es importante tener en cuenta el aparato genital femenino en la medida en que sus partes están implicadas tanto en la gestación como en el alumbramiento. La embarazada es así pensada como una persona que está experimentando uno de los capítulos más importantes de su sexualidad. Durante el trabajo de campo fue posible recoger varias notas de un comentario que la preparadora corporal solía repetir en sus clases y que ilustra este modo de concebir a la gestante: «Laura comenta que si bien los genitales femeninos son internos, únicamente durante el embarazo se hacen exteriores, ya que el útero crece hacia afuera. Añade: «Y es por eso por lo que durante el embarazo os encontráis tan sensuales, tan mujeres.» (Notas de campo. Laura, preparadora física, mayo del 2011).

Nótese como a partir de la idea de que la mujer embarazada se encuentra en una fase sexual muy importante se despliega una imagen de ella en la que el comportamiento sensual y erótico le es característico. Además, es habitual que sea imaginada por las profesionales como una persona que sigue teniendo apetencia por las relaciones sexuales durante la etapa de la gestación. Cuando en las sesiones se aborda la posibilidad de que el parto se retrase, suele sugerirse que la copulación es una posible vía natural de provocar el parto porque las prostaglandinas que contiene el semen y la segregación de oxitocina por parte de la embarazada, a veces, benefician el inicio de las contracciones. Bajo la perspectiva de las informantes, si el embarazo empezó con un acto de amor (relaciones sexuales) es natural que también acabe con un acto de amor (relaciones sexuales). Es un ejemplo de la combinación entre explicaciones «científicas» e ideas de tipo folk: se recurre a la explicación biológica para otorgar un halo de verdad científica a lo propuesto, pero a la vez lo científico se reinterpreta desde ciertos mecanismos del amor romántico, en que las relaciones sexuales son entendidas como signo de afecto entre la pareja.

Las hormonas

Además de prestar atención a los cambios exteriores del cuerpo durante el embarazo, la forma en que se piensa lo que ocurre dentro del mismo influye mucho en cómo se lo conceptualiza a nivel global. La mirada hacia el interior del cuerpo embarazado, asimismo, sirve para explicar cuáles son las condiciones idóneas en las que debería transcurrir el parto natural. Especialmente en las clases dirigidas por las comadronas o la doula, suele hacerse referencia al papel que la oxitocina desempeña en el tiempo de la dilatación y en el alumbramiento. Esta hormona es presentada como la protagonista en el proceso del parto. Se menciona que es la sustancia que las personas segregan cuando, por ejemplo, experimentan placer o se encuentran en un estado de ánimo tranquilo o alegre. Siendo esto así, la idea que se transmite de profesionales a madres, y que después ellas reproducirán, es que el contexto en el que se desarrolla la dilatación y el parto debe favorecer que la gestante se sienta en calma para que no se interrumpa la segregación de oxitocina. Una amplia variedad de elementos puede ayudar a que la embarazada consiga dicho estado de ánimo como el calor, la música relajante, los masajes, el silencio, los orgasmos, la luz tenue o la oscuridad. Por el contrario, el frío, la prisa, el ruido o la luz intensa provocan en la gestante la secreción de adrenalina, hormona que es mostrada como la antagonista del parto. Las dos sustancias son sistemáticamente presentadas como antagonistas (otra oposición): mientras la imagen que se transmite de la oxitocina es positiva porque beneficia el parto, la adrenalina es vista como un inconveniente y, por ello, se le atribuye una connotación negativa.

El dolor

El dolor es otro de los aspectos que aparece estrechamente vinculado a la vivencia corporal del parto. La mayor parte de las embarazadas lo señalan como uno de los factores a los que más temen: las mujeres —especialmente las primerizas— se sienten inseguras por tratarse de un dolor jamás experimentado anteriormente, y expresan su preocupación por no saber si van a ser capaces de soportarlo. Un buen número de mujeres coincide con las profesionales del centro en que el dolor físico es un tabú, y consideran que no han sido educadas para afrontarlo. Arguyen que en nuestra sociedad existen soluciones prácticamente inmediatas para combatirlo y que es una vivencia corporal con la que no se encuentran familiarizadas. En este sentido, las clases de preparto tienen, entre otras, la intención de dar herramientas a las embarazadas para que llegado el momento del parto consigan controlar el dolor. El discurso sobre esta cuestión por parte de las profesionales se orienta hacia la idea de que es un elemento necesario para el transcurso del parto natural, ya que la sensación de dolor anuncia que el cuerpo está segregando endorfinas, otra de las sustancias que se muestra como favorable en el proceso del parto porque, como la oxitocina, están presentes en aquellas situaciones en que el cuerpo experimenta el amor, la excitación o la sensación de bienestar. Por otro lado, el dolor es expuesto como un aspecto soportable para la mayoría de las mujeres, aunque para poder afrontarlo se requiera cierta preparación mental y voluntaria destinada a tomar conciencia de que el dolor físico no siempre está asociado al desconsuelo o la amargura: «El dolor nos hace… nos hace grandes. No es negativo siempre. Que te duela mucho no significa que se sufra. El sufrimiento es otra cosa.» (Rosa, doula y asesora de lactancia, 52 años, 2011). Es una idea transmitida por las profesionales que las madres van incluyendo en su propio discurso como convencimiento de que es un dolor que sabrán gestionar.

La temática del dolor físico también surge asociada a la práctica de la lactancia. Algunas mujeres se muestran preocupadas por si les dolerán los pechos o los pezones cuando amamanten a sus bebés. El mensaje principal que se transmite en las sesiones dedicadas al amamantamiento es que el dolor no tiene cabida en la práctica de la lactancia. En este marco, el dolor es indicativo de que existe algún problema, que en la mayoría de los casos tiene que ver con la postura de la madre, del bebé o de ambos. Por ese motivo, en estas clases se aprenden cuáles son las posiciones correctas para dar de mamar. La lactancia, por estos motivos, no es pensada como una experiencia dolorosa, antes más bien como una vivencia placentera para la mujer. Este postulado, no obstante, es defendido con mayor convicción entre las profesionales que entre las embarazadas.

Lactancia materna

Las informantes (profesionales y generalmente todas las madres) se muestran partidarias de la lactancia materna y suelen ser críticas con lo que denominan la «lactancia artificial». En Marenostrum, la lactancia materna es vista como la mejor vía de alimentación para los hijos y se recomienda que se lleve a cabo como mínimo los seis primeros meses de vida, pese a que lo ideal sería que esta etapa durase dos años, o hasta que la criatura decida por sí misma destetarse. Se apunta a que la leche materna no solo contiene nutrientes de una mayor calidad que las leches artificiales, sino también a que el cuerpo de cada mujer produce la leche idónea para el organismo de su bebé por el hecho de que este se ha gestado en su interior. Es decir, la leche materna es la mejor alimentación para el bebé, pero más beneficiosa es aun cuando se trata de la leche de la propia madre biológica. Esto implica un fuerte efecto de regulación entre la madre y el bebé. La naturaleza como creadora de una simbiosis única entre ambos. La práctica del amamantamiento, por otro lado, es entendida en este contexto como beneficiosa en el proceso de la recuperación física de la madre durante el postparto porque ayuda a contraer el útero. Se comparte la creencia entre profesionales, madres y parejas que el pecho, además de ser alimento, es un elemento productor de vínculo afectivo entre la madre y la criatura.

Sus imaginarios ligados al postparto evocan la imagen de un cuerpo que, tras haberse abierto para el alumbramiento, tiene que realizar un proceso de cierre. Desde el punto de vista físico, el puerperio presenta un cuerpo que se encuentra delicado y al que cabe administrar una serie de cuidados especiales para fomentar su completa recuperación. La dicotomía entre *cuerpo abierto* y *cuerpo cerrado* está presente en la fase de gestación, el parto y el postparto de la siguiente manera: el periodo de embarazo es presentado mediante un *cuerpo cerrado*, mientras que el parto, en contraste, es visto como un episodio en el que el cuerpo está abierto (*cuerpo abierto*); el postparto, por su parte, es representado a través *cuerpo que se está cerrando*.

Las exploraciones médicas

Las pruebas médicas del embarazo también activan ideas sobre el cuerpo. Una consigna reiterativa por parte de las profesionales es hacer saber a las gestantes que tienen derecho, en todo momento, a pedir información sobre los controles médicos del embarazo, y sobre todo, a decidir si les parece oportuno o no realizarlos. Esta recomendación se extiende a los procedimientos propios que conllevan los partos en los hospitales, donde más se evoca la imagen del parto intervenido y/o medicalizado en las narrativas de las informantes. La idea es que aquellas mujeres que deciden dar a luz en el hospital tienen derecho a conocer cuáles son los procedimientos que el equipo médico va a aplicar a sus

cuerpos. Desde esta perspectiva, el cuerpo embarazado que se encuentra en el escenario hospitalario es presentado como un *cuerpo inerte* que, en consecuencia, puede ser invadido por los equipos médicos. De ahí la insistencia de que en la medida en que sus cuerpos les pertenecen, son ellas quienes tienen la última palabra sobre cómo éstos deben ser tratados. En este sentido, se reclama el control sobre el propio cuerpo.

Sobre la persona: la «mujer primitiva» y la sabiduría innata del feto

Los imaginarios ligados al cuerpo ofrecen indicadores sobre cómo se concibe a las personas implicadas en el embarazo y el parto, es decir, la madre y el feto.

Los instintos

En las clases de preparto teóricas, aunque de forma más evidente en las prácticas, es frecuente que las profesionales señalen que, a pesar de toda la información que brindan a las parejas, en el momento del parto lo idóneo es que las mujeres se guíen por sus propios «instintos», entendidos éstos como un conjunto de comportamientos y acciones espontáneas que la mujer manifestará en el transcurso de la dilatación y el parto, cuando serán percibidos por las parturientas como mensajes del inconsciente relacionados con cómo y qué puede ayudarla a sobrellevar la intensidad de las contracciones. Son así los «instintos» los que guiarán a la mujer a querer o no estar dentro del agua para aliviar los dolores, a tener la voluntad de colocarse en un lugar concreto (normalmente un rincón) del espacio en el que se encuentre o a hallar *su* postura para el expulsivo (entendiéndose que cada mujer encontrará *su propia postura* para parir). En las sesiones se insiste a menudo en que, durante el tiempo de dilatación, la idea no es que se rememoren los conocimientos que han asumido a lo largo de las sesiones, antes más bien que dejen de pensar porque la dilatación y el parto son mostrados como procesos en los que lo mental debe dejarse de lado en beneficio de lo instintivo. En el dosier informativo que el centro proporciona a las personas interesadas en cursar el programa de la preparación al parto, de hecho, se explicita literalmente que la visión antropológica que rige las sesiones es la de la «mujer primitiva». Pero ¿a qué se quieren refieren con esta expresión?

La madre mamífera

En estas clases de preparto es común que surja la idea de que nuestro contexto social y cultural está regido por la razón y que las personas que nos encontramos en él hemos dejado de estar en contacto con la naturaleza. Se arguye que las mujeres deben dar «un paso atrás» y hallar en su fuero interno su papel como mamíferas; se reitera con frecuencia que el instinto es lo que gobernaba los partos de «las mujeres de las cavernas» o «las salvajes» de la India o de África. Es notorio que se haga alusión a estas áreas geográficas como lo representativo de lo «natural», pero lo significativo es que aparentemente se valora lo instintivo más que lo científico. No obstante, se apoyan en ciertos paradigmas científicos. En el caso del dolor, por ejemplo, se intenta racionalizar antes y en cambio cuando este surge se espera de los «instintos» que sean los que guíen la acción. Lo indudable es que la persona es entendida como la suma de una mente y un cuerpo, siendo la primera su faceta más cultural y el segundo su faceta más instintiva, así como su puente de unión con la naturaleza. Se advierten en este punto tres dicotomías: por un lado, la del *control de la mente* / *control de los instintos* (la parte más «natural») y, por el otro, la oposición entre *cuerpo* / *mente* y entre *inconsciente* / *consciente,* siendo el instinto el que guía al cuerpo y no la mente, la razón

o la teoría (la ciencia), pese a que en ocasiones se invierta el proceso como en el caso de la racionalización del dolor.

Las relaciones que se establecen entre las profesionales del centro y las embarazadas y sus parejas muestran también indicadores relacionados con la noción de persona. Se entiende que cierto grado de familiaridad con las personas que van a acompañar a la gestante durante el parto es relevante en la medida en que el alumbramiento y el nacimiento son momentos estrechamente vinculados a la vida privada. La importancia de la intimidad es clave precisamente por ser visto el parto como parte de su vida sexual: «¿Verdad que cuando hacéis el amor no os mira nadie? Cuando tenéis relaciones estáis solos, ¿no? Claro, pues esto es lo mismo… Vuestros genitales son vuestros y si vais a tener que enseñarlos, lo lógico es que haya confianza con los que os atienden.» (M., comadrona, 35 años, 2011).

El seguimiento del embarazo y la asistencia al parto que se ofrece en Marenostrum transciende a la supervisión puramente médica. La intención del equipo es la de un acompañamiento que, además de atender la vertiente fisiológica, consiga que cada mujer potencie la confianza en sí misma. Se considera que el embarazo, el parto y la maternidad son episodios que cada mujer vive de una forma única y distinta y es precisamente en este punto donde la persona es pensada como una unidad diferenciada del resto de la humanidad y, por ello, donde surge la noción de individuo o sujeto. La individualización de los cuidados hace necesaria una relación de proximidad entre el personal del centro y las familias. Y de hecho, en las clases de preparación al parto es posible constatar que las profesionales de Marenostrum conocen mejor los casos personales de quienes realizan el seguimiento del embarazo en este centro de salud que los de aquellas embarazadas cuyos controles se efectúan fuera de él.

En el artículo de Davis-Floyd titulado *The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth* (2001) la autora presenta tres modelos diferentes de abordar el nacimiento occidental. Cada uno de los paradigmas se cimienta en una manera diferente de concebir a la persona y al cuerpo, así como de comprender cuál es la relación que se establece entre los practicantes y los pacientes. La suma de cuestiones que se han ido exponiendo anteriormente hace posible indicar que la visión que posee Marenostrum sobre la salud podría situarse dentro del modelo Humanístico que propone Davis-Floyd. La división de la persona entre cuerpo y mente (aunque se sobrevalora el cuerpo por encima de la razón), la manera de entender el cuerpo como un organismo, el paciente tomado como un sujeto a quien es necesario conocer, la individualización de los cuidados y la relación de proximidad entre el equipo de profesionales y los usuarios son los principales aspectos que guardan conexión con este paradigma.

El bebé instintivo

En las clases de preparto, por otro lado, también al feto se le atribuyen ideas relacionadas con la noción de persona. Es habitual que las profesionales del equipo insistan en que las gestantes deben tener confianza en que sus bebés saben los que tienen que hacer para nacer. Desde esta óptica, se atribuye al bebé una capacidad innata de conocer los procedimientos que debe seguir para salir del cuerpo de la madre. Esta capacidad innata, no obstante, lejos de ser consciente, se presenta también bajo el paraguas de lo instintivo. Por otra parte, surge la idea de que son dos las personas que directamente intervienen en el proceso de dar a luz, dos *cuerpos activos*. Por el hecho de que el feto es presentado como alguien distinto de la madre dotado, además, de unos instintos propios que los padres deben

aprender a identificar y conocer, sería posible afirmar que la noción de persona que se le atribuye es muy cercana a la que Imaz (2010a) incluye en su manera de pensar el cuerpo embarazado como un «cuerpo escindido» en el que el feto adquiere el estatus de individuo.

En definitiva, la forma de pensar a las dos personas implicadas físicamente en la gestación, es decir, la embarazada y el feto, está estrechamente vinculada a la noción de individualidad, una idea interesante porque encuentra conexiones con la tesis de Mauss (1979) relativa a que la noción de «persona» es creada a partir de la noción de «uno», que fue seguida y reforzada por Le Breton (1990, 1992)décadas después, cuando afirma que la percepción moderna del cuerpo en occidente es fruto del carácter individualista en el que se fundamenta su estructura social. También es claramente identificable la huella del dualismo antropológico cartesiano a través del binomio entre cuerpo (*res extensa*) y mente (*res cogitans*).

La maternidad como empoderamiento

La noción de persona que se atribuye a la gestante también muestra indicadores de cómo es pensada la maternidad en el ámbito de las clases de preparto en Marenostrum. Cuando la mujer encinta está experimentando por primera vez el embarazo se la considera una persona en tránsito, alguien que se está transformando en algo nuevo que no era antes. Las clases de preparación al parto son, en este sentido, un tránsito, una fase liminal. Es posible entonces establecer que el embarazo y el parto son concebidos como un ritual de paso, tal y como proponía Van Gennep (1986), ya que la mujer va a cambiar de estatus al convertirse en madre. Por otro lado, si aceptamos que la preparación al parto es un proceso de aprendizaje, es posible establecer que las mujeres no nacen siendo madres, antes más bien es algo en lo que se transforman (o no) a lo largo de sus vidas, momento en el que se activarán los instintos anteriormente mencionados.

En estas clases de preparación al parto es frecuente que emerja la idea de que el instinto es un elemento que toma especial importancia entre mujeres. De esta forma, la gestante adquiere la capacidad de dar a luz de su madre, sus abuelas, sus bisabuelas, sus ancestras. Siendo esto así, la etapa del embarazo es pensada como un momento en que el contacto y la proximidad con la propia madre suponen una fuente de apoyo fundamental para las gestantes. De hecho, en la mayor parte de los casos, las mujeres encintas que asistían a las sesiones manifestaban sentir una cercanía y una conexión con sus madres nunca experimentada anteriormente, incluso en los casos en los que estas se encontraban físicamente lejos. Asimismo, solía ser común que las informantes señalaran que las mujeres debían recuperar la manera en que sus abuelas se planteaban el parto, argumentando que la mayoría de estas dieron a luz en sus casas de forma natural, mientras que lo más probable es que sus madres las hubieran parido a ellas en el hospital mediante un parto medicalizado. Todo ello es muestra de los paradigmas dominantes en distintas épocas y diferentes generaciones de mujeres.

Desde la perspectiva de las informantes, la capacidad de gestar y dar a luz es entendida como una experiencia única que solo las mujeres son capaces de experimentar. La maternidad y sus implicaciones biológicas son percibidas como positivas en este contexto y por esa razón suponen una oportunidad para su desarrollo personal. Estas premisas son cercanas a las que fundamentaron la teoría feminista de la maternidad propuesta por Adrienne Rich (1976) quien, mostrándose en absoluto desacuerdo con la dimensión institucional de la maternidad, era por el contrario partidaria de concebir la vivencia de ser madre como un privilegio y una fuente de poder y conocimiento femenino

que, además, se transmite entre mujeres, motivo por el cual también promulgaba la recuperación de los vínculos entre madres e hijas. Porque, aunque se priorice lo instintivo y lo mamífero, también se concibe que ciertas nociones relativas a los cuidados de los hijos deben ser aprendidas.

Muchos indicadores sobre cómo es pensada la maternidad suelen florecer de manera especial durante las sesiones dedicadas a la lactancia puesto que, a diferencia del resto de temas del programa que se concentran en el embarazo y momento del parto, el amamantamiento surge una vez este ha pasado y la mujer ya se ha convertido en madre. Recuérdese que en el apartado dedicado a la noción de cuerpo se recogía la creencia de que la leche materna es el mejor alimento que se puede proporcionar al bebé. Se señalaba que, además, la leche producida por la madre que ha gestado al hijo es más beneficiosa para él que ninguna otra, porque gracias a la unión física que los ha unido esta se produce nutricionalmente a medida de las necesidades del bebé. De tal suma de beneficios se extrae la idea de que el papel de la madre es fundamental para la supervivencia del recién nacido y es su mejor opción para alimentarse. Por otro lado, ello significa que la madre es quien puede administrarle los mejores cuidados en el ámbito de la nutrición y, en este sentido, la madre biológica adquiere un papel único.

La lactancia, además, es percibida como una continuación de la relación física que durante la gestación ha unido a la madre y al hijo que se piensa como favorable para ambos. Lejos de concebirse como un sacrificio, las informantes refieren a esta práctica como una vivencia satisfactoria y placentera para la mujer. Aunque es común que las gestantes planteen en estas sesiones sus dudas sobre el amamantamiento, la mayoría no ponían en duda que la lactancia es la mejor opción para nutrir a sus bebés.

La imagen que se evoca en las sesiones de preparación al parto natural sobre lo que es la maternidad, en resumen, cristaliza en una representación de la madre como una persona básica para el bebé porque puede proporcionarle la mejor vía de nutrición y porque está preparada biológica e instintivamente para ello. La madre, además, se presenta como una mujer que piensa el embarazo, el parto y la lactancia como una vivencia única que, lejos de suponer un obstáculo en su desarrollo personal, lo enriquece y lo potencia.

Nótese que todo lo expuesto hasta aquí guarda relación: el embarazo, entendido en su vertiente más fisiológica entra en conexión con la idea de conocer y controlar el cuerpo, lo que al tiempo permite conseguir un parto natural sin intervenciones externas. Por otra parte, la lactancia materna está estrechamente vinculada al cuerpo femenino e implica, además, un control de este. Y en todo ello interviene el sentido de lo biológico que, por extensión, se relaciona con lo natural.

Pensamientos finales

En este estudio etnográfico, el nacimiento es pensado como un acontecimiento especialmente significativo de la vida humana, cuyo desarrollo puede definir futuros aspectos psicológicos, emocionales e identitarios de las personas. El nacimiento es así tomado como un proyecto vital para los progenitores en la manera en que Archer (2012) lo describe: un proceso en el que los detalles son meditados y planificados a conciencia, desde una postura activa, empoderada, en la toma de decisiones. La reivindicación del respeto por el cuerpo femenino en el parto y por el sustancial momento que vive el bebé cuando llega al mundo se edifica sobre un sentimiento de insatisfacción respecto a algunas formas de atención y cuidado. Douglas (1970) veía los límites del cuerpo como metáforas de los sistemas sociales y se sirvió de este enfoque para detectar y examinar pautas culturales

específicas. Desde este punto de vista, la reclamación del control y del cuerpo durante el proceso del dar a luz puede verse como un establecimiento de fronteras corporales por parte de las madres como respuesta a lo que es percibido por ellas como un excesivo intervencionismo en los circuitos de asistencia al parto. La medicalización generalizada del parto en la sanidad se muestra como una pauta cultural que, al crear desazón en las madres y sus parejas, ha activado el surgimiento de otra, que actúa como respuesta-reacción y que se materializa en el requerimiento de humanizar los nacimientos y, por extensión, los cuidados aplicados a la parturienta y el recién nacido. Es en este sentido que en el cuerpo cristalizan las interacciones sociales (Csordas, 1994, citado en Esteban 2004a): en este caso, el cuerpo es, en tanto que receptor de dichos cuidados, el espacio en el que se visibiliza la colisión entre el *modus operandi* de algunos expertos y el modo en que las personas que se ponen en sus manos desean ser atendidas. El hecho de que las parejas usuarias del centro realicen una preparación al parto allí, fuera de la institución sanitaria, es en sí sintomático porque muestra su necesidad de hallar algo que no encuentran en el sistema de sanidad ordinario. Parece como si el sistema de salud no supiera dar respuesta a algunas de las necesidades de estas madres y padres, lo que acabaría provocando en ellos la exploración de otras redes de ayuda y de apoyo más allá de la propia institución. En contraste, entre los informantes (profesionales y parejas) del centro Marenostrum, el parto en casa es visto como una alternativa segura en la que la artesanía del cuidado es posible.

A pesar de que algunas investigaciones académicas han interpretado las reivindicaciones y acciones de este grupo minoritario de mujeres y sus parejas en oposición a la biomedicina, a partir del estudio de caso presentado resulta difícil apoyar esta hipótesis así formulada. Los itinerarios terapéuticos (Casado Aijón, 2105, pp. 179-194)de las mujeres usuarias del centro Marenostrum no muestran una ruptura categórica con la biomedicina, sino más bien acercamientos y alejamientos puntuales al sistema de salud que deben ser comprendidos en relación con la institución, pero no a la asistencia médica. Sin excepciones, todas realizan controles del embarazo establecidos por el sistema de salud. Las mujeres que dan a luz en sus casas se alejan de la institución sanitaria durante el parto, pero planifican ser atendidas por comadronas oficialmente tituladas[90], luego no declinan tener asistencia médica. Lo mismo ocurre en el resto de los casos de gestante del centro (mayoría), que escogen un parto natural pero hospitalario. Por otra parte, el discurso de las profesionales, integrado y reproducido después por las parejas, está repleto de alusiones a la biología, al lenguaje médico y a la evidencia científica, elementos todos propios de la biomedicina. Es por ello por lo que desde el estudio de caso no se detecta tanto un rechazo frontal de la biomedicina como un reclamo para su mejora (en el trato, el acompañamiento, espacio para la autogestión, etc.) y un ajuste en sus intervenciones clínicas durante el parto. Porque pese a lo que pueda parecer, la influencia de la tradición biomédica en nuestra cultura sigue teniendo la sombra alargada.

[90] Son comadronas formadas dentro de la biomedicina. Otra cuestión es si se han en una tradición obstétrica diferente a la española, cosa que en este caso es así porque la mayor parte de comadronas del centro estudiaron en Inglaterra.

6.2 La Sala de Partos de La Maternitat[91]

6.2.1 Descripción del escenario etnográfico[92]

Breve esbozo histórico

El Recinte de la Maternitat, como actualmente se le conoce, está situado en el barrio de Les Corts de Barcelona y supone un complejo de jardines dentro de la superficie del cual se sitúan algunos edificios dirigidos a proporcionar servicios públicos. Se hallan, entre ellos, una escuela, un archivo histórico, equipamientos administrativos, la sede del Departament de Salut de la Generalitat y, por supuesto, el centro hospitalario de La Maternitat, vinculado al Hospital Clínic, donde se sitúan el servicio de Oftalmología, por un lado y, por el otro, el servicio de Ginecología y Obstetricia. El Recinto de La Maternitat, sin embargo, no siempre fue así y sus orígenes y evolución lo convierten en un emplazamiento histórico especialmente relevante en Barcelona.

Imagen 1. El *Torn dels Orfes*, Plaça Vicenç Martorell, Barcelona. Fuente: archivo propio.

La historia de La Maternitat comienza, en realidad, en el distrito actual de Ciutat Vella y, concretamente, en el Carrer de les Ramelleres número 17, donde en el siglo XVI se construyó La Casa de la Misericòrdia, que hasta los años 30 del siglo XX funcionó como hospicio: las monjas que residían, conocidas como les Germanes de La Caritat, se hacían cargo de bebés que las familias de Barcelona abandonaban, bien por no ser deseados o, sobre todo, por no poder mantenerlos. En el presente, como un tatuaje del pasado, todavía es posible ver en la actual Plaça Vicenç Martorell, el denominado Torn dels Orfes (Torno de los Huérfanos), el torno en el que se colocaban a los bebés abandonados para que fueran recogidos por la comunidad de monjas, y que estuvo en funcionamiento a cualquier hora del día y de la noche asegurando el total anonimato hasta que en 1931 concluyó su uso. El torno, en vez de ser tapado, fue muchos años más tarde restaurado y continúa siendo visible como recuerdo tangible de la pobreza y las difíciles condiciones de vida de la población barcelonesa en aquella época.

Con el tiempo, el aumento de internos superó la capacidad del hospicio y fue necesario construir lo que se designó como la nueva Casa de la Maternitat i Expòsits, esta vez en Les Corts. El arquitecto Camil Oliveras fue quien se encargó del diseño del nuevo proyecto que debía contar con múltiples equipamientos: primero el pabellón de Lactància (1890), el pabellón de Desmamats (deslechados), también llamado Ave María (1891), e inmediatamente después el pabellón de enfermedades contagiosas, la cocina, la lavandería, que en el presente alberga la sede del Arxiu Històric (Archivo Histórico) de Barcelona y la

[91] Hago constar mi sentido agradecimiento al Getp-GRAFO por haber sufragado los gastos de esta fase de trabajo de campo etnográfico con la financiación de su proyecto de investigación, puesto que ello determinó positivamente en que pudiera llevarlo a cabo. También hago constar mi agradecimiento al equipo de supervisión del Servicio de Ginecología y Obstetricia de La Maternitat el haber aceptado de buen grato mi propuesta para la realización del trabajo de campo en la Sala de Partos.

[92] El apartado, que muestra los resultados etnográficos del trabajo de campo en la sala de partos de La Maternitat, ha sido concebido como un esbozo de artículo con la intención de que, una vez depositada la tesis, pueda ser revisado y enviado para iniciar el proceso de su publicación.

sala de calderas y, más tarde, la maternidad. Según los historiadores, en la construcción del complejo es posible encontrar la huella de una etapa reformista donde estaban surgiendo nuevas narrativas que pretendían introducir mejoras en las condiciones de vida de las criaturas y las mujeres:

> «[…] va ser una institució modèlica des del punt de vista de la modernització de les infraestructures: pavellons específics, sala d'esterilització, quiròfans, sala de rentat i cura dels nadons, rentat mecànic de la roba de la Casa, solàrium artificial, sala d'incubadores, desinfecció dels biberons, etc. Des del punt de vista educatiu, el 1913, és la primera institució a Espanya en aplicar decididament el sistema pedagògic de Maria Montessori, a l'etapa preescolar, pel desplegament del qual va comptar amb supervisió de la mateixa pedagoga durant les seves estades a la ciutat.» (Diputació de Barcelona, 2013, p. 1)

El pabellón Rosa, el pabellón Blau y la Policlínica, concebidos exclusivamente para la atención a las mujeres, son creados más tarde, a partir de 1920, y su construcción corrió a cargo del arquitecto Josep Goday, así como el pabellón Hèlios dedicado a las criaturas afectados por la tuberculosis. Unas décadas después, con motivo de una necesaria ampliación de la sección infantil, Manuel Baldrich diseña el proyecto del conocido Pavelló Cambó, que se construyó en 1953.

Fue en 1985 cuando la Diputació de Barcelona aprobó el *Pla d'Ordenació de la Casa de la Maternitat*, en el que se incluyó el diseño de reforma de su aspecto actual, convirtiendo el espacio interior en un parque ajardinado y otorgando a los distintos equipamientos algunos servicios públicos; fue a partir de entonces cuando todos los servicios hospitalarios pasaron a estar concentrados en el Pavelló Blau (pabellón azul) (Ajuntament de Barcelona & Arxiu Municipal del Districte de les Corts, s. f.; Diputació de Barcelona, 2013).

Imagen 2, 3, 4 y 5. De izquierda a derecha, parte superior: sala de partos y sala de helioterapia artificial, parte inferior: sala de incubadoras y sala de bañeras de bebés. Fuente: Página web de la Diputació de Barcelona (consultada el 13 de marzo de 2025).

La fotografía actual: un paisaje nada común

El estadio del Futbol Club Barcelona es, posiblemente, el punto de atracción turística más célebre en la actualidad en el barrio de Les Corts. A menudo, el hecho de que las miradas se focalicen en él provoca que se pierdan de vista detalles interesantes de la anatomía urbana actual de la zona, si ampliamos el foco y lo observamos desde un ángulo más panorámico. Nos encontramos, en realidad, ante la fotografía de un paisaje nada común. Situándonos en la Avenida de Joan XXIII, es posible percatarse de una curiosidad insólita: a un lado está el recinto de La Maternitat y, al otro, el Tanatorio de Les Corts. La avenida traza, de un modo simbólico, una línea entre el lugar donde se da la bienvenida a la vida de otro lugar donde se hacen ceremonias de despedida. Durante los meses de trabajo de campo, se hizo habitual que, cuando esperaba al semáforo en verde en el paso de peatones de delante de la entrada del recinto, los coches fúnebres, con sus coronas de flores, pasaran por delante, mientras alrededor casi siempre se veían transeúntes cargados con cestas, ofrendas y ramos de flores que suelen llevarse a las familias de La Maternitat que acaban de tener un nuevo hijo o una nueva hija. La convivencia cotidiana, fluida, enlazada como una trenza, entre los rituales de celebración a la vida y de la muerte son uno de los rasgos más particulares de la zona exterior de nuestro escenario etnográfico.

Imagen 6 y 7. A la izquierda, mapa de la zona del barrio de Les Corts donde en la que puede observarse cómo la Avinguda de Joan XXIII separa La Maternitat del Tanatorio de Les Corts. Fuente: Google Maps y edición propia. Arriba, fotografía con indicaciones en la zona. Fuente: archivo propio.

La entrada en el recinto para acceder a La Maternitat se encuentra en el Carrer Sabino Arana y sirve tanto para vehículos como para viandantes. La entrada de vehículos está controlada por un guardia y una barra electrónica que regula la entrada y salida de coches. Delante del edificio, hay zonas de estacionamiento, pero este está reservado mayoritariamente para personal. Cuando las embarazadas llegan al recinto mediante vehículo, se les permite a las familias que puedan dejarlo estacionado en una zona reservada durante las primeras veinticuatro horas de su estancia en el hospital; después, deberán desocupar la plaza. El espacio de estacionamiento es escaso en proporción al volumen de coches que desearían poder aparcar y, de hecho, la falta de sitio y el tiempo de espera para dar con un lugar en el que dejar el coche durante la jornada es un asunto realmente habitual

en las conversaciones entre el personal con turnos diurnos. Debe tenerse en cuenta, no obstante, que es durante la mañana y el mediodía que escasea el espacio de aparcamiento. Después de las 15 h, coincidiendo con la finalización del horario laboral de una parte considerable del personal, la zona queda despejada y se permite a familiares de personas ingresadas que puedan estacionar el coche durante la noche hasta las 8 h de la mañana. Por todo lo anterior, y en contraste, el personal de los turnos nocturnos del hospital no se ven afectados por esta problemática.

Como se mencionaba anteriormente, en la actualidad, el edificio que presta servicios hospitalarios está conformado por dos unidades distintas: Ginecología y Obstetricia ocupan la superficie mayor del edificio, y Oftalmología una parte más reducida. Aunque las unidades son distintas y cuentan con sus propios circuitos internos, en el interior se encuentran comunicadas, sin que exista entre ellas una separación física e, incluso, comparten la sala de espera principal del edificio, desde donde se orienta a las personas hacia una unidad o la otra. La parte trasera del edificio de La Maternitat da a la zona amplia, abierta y ajardinada

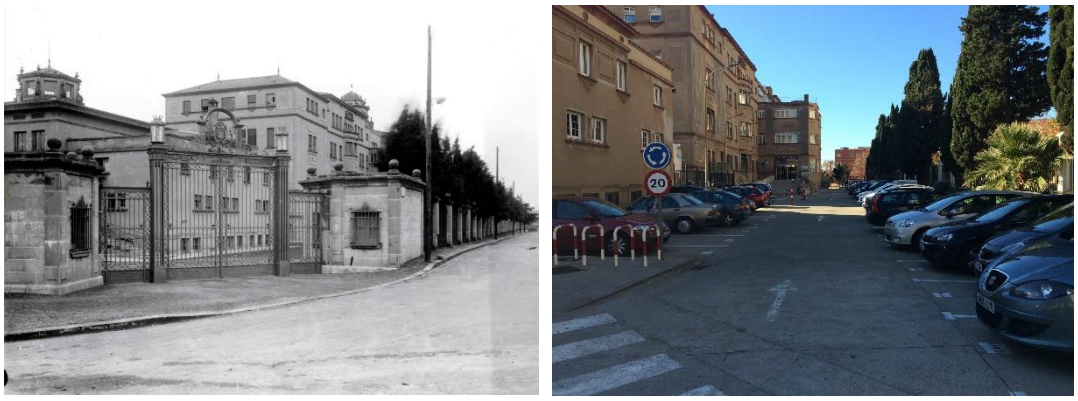


Imagen 8 y 9. A la izquierda, fotografía antigua de la entrada al recinto de La Maternitat desde el Carrer de Sabino Arana. Fuente: Página web de La Diputació de Barcelona (consultada el 15 de marzo de 2025). A la derecha, fotografía actual desde la entrada al recinto y zona de estacionamiento de vehículos. Fuente: archivo propio.

Imagen 10. Vista del edificio de La Maternitat desde la zona de jardines del recinto. Fuente: archivo propio.

del recinto, y se encuentra a unos metros de unas instalaciones con equipamiento para el ocio del público infantil. Dado su emplazamiento, es muy común que cuando las gestantes llegan al hospital en una fase todavía muy temprana del parto, se las invite a ir a pasear por

los jardines del recinto para que el movimiento del cuerpo siga produciendo contracciones y avance el trabajo de parto o, lo que es lo mismo, el proceso de dilatación.

Los jardines del recinto cuentan, entre otras obras artísticas, con algunas esculturas que apelan al recuerdo de los orígenes de la creación de La Casa de la Maternitat i Expòsits.

Imagen 11 y 12. A la izquierda, la escultura *El meu fill* de Lluïsa Granero (1955) y, a la derecha, la escultura *Mare de déu embarassada* (1944) de Vicenç Navarro. Fuente: archivo propio.

La Maternitat: anatomía de un edificio

El acceso al edificio de La Maternitat desde el exterior se da a través de una amplia pendiente ascendente que llega hasta la puerta giratoria de entrada. Para quienes trabajan aquí la pendiente es vista como un obstáculo arquitectónico en la medida en la que, para las mujeres embarazadas, que suponen el grupo mayoritario de atención en el servicio, tener que subirla es un hándicap y no una ayuda. El personal de La Maternitat cuenta con múltiples anécdotas sobre esta pendiente, sobre todo los celadores, que recuerdan algunos casos de mujeres que, llegando con el parto muy avanzado, acabaron dando a luz en la propia pendiente.

La entrada consiste en una puerta giratoria acristalada y, al traspasarla, nos encontramos en el vestíbulo, donde, a la izquierda está instalada una fila de sillas para esperar y una escultura de mármol rojo de una madre con un bebé en el pecho, de gran similitud con la escultura de Lluïsa Granero que hay en la zona de jardines; a la derecha hay un par de mostradores al que usuarias embarazadas, familiares y demás usuarios se acercan para solicitar información a las personas recepcionistas, cuyas funciones principales son dos: por un lado, orientar a las usuarias hacia las zonas específicas del edificio a donde deben dirigirse —por ejemplo, consultas

Imagen 13 y 14. Arriba, acceso a la entrada del edificio desde la pendiente exterior. Abajo, la entrada con puerta giratoria y el vestíbulo.

externas o planta de ingresos— y, por el otro, gestionar la entrada en urgencias, donde se lleva a término el triaje o primera valoración de cada caso. A esta zona del vestíbulo se la conoce como «Admisiones».

Al traspasar el vestíbulo, el transeúnte se encuentra ante una gran sala de espera. Desde ella hasta la parte más alta del edificio existe una gran obertura circular que atraviesa todas las plantas y que sirve, en cada una, como pasillo circular distribuidor. Aunque es fácilmente apreciable que se han realizado algunas reformas en el interior, el edificio conserva buena parte de su estructura original. Las zonas que se han modernizado conviven, así, con numerosos y alargados ventanales de diseño antiguo que riegan de luz el interior del edificio gracias, en parte, a la gran obertura central. En todo el edificio, el color blanco es el protagonista principal y solo las zonas nuevas cuentan, a veces, con algunos diseños en color madera.

Imagen 15. Obertura vertical que atraviesa las plantas y pasillo circular distribuidor visto desde la primera planta. Fuente: archivo propio.

El mobiliario más característico de la sala de espera general son las filas de asientos de madera que ocupan el centro del espacio y las máquinas dispensadoras instaladas a ambos lados de la zona de asientos en las que pueden obtenerse productos para el consumo como, por ejemplo, tentempiés y comida (chocolatinas, bolsas de patatas fritas o sándwiches envasados, por ejemplo), botellas de agua, cafés, tés, infusiones o chocolates calientes. La sala de espera general es uno de los puntos del edifico donde se dan encuentro los itinerarios de los usuarios del servicio de Oftalmología y los del servicio de Ginecología y Obstetricia, puesto que es el lugar en el que guardan a la espera para acceder a las urgencias tanto de un servicio como del otro. Desde este espacio compartido, los usuarios de las Urgencias de Oftalmología seguirán su circuito por la puerta de la izquierda, y las usuarias de las urgencias de Ginecología y Obstetricia lo harán por parte de la derecha. El acceso a este último cuenta con dos entradas diferenciadas: la que queda más a la derecha es la puerta de entrada propiamente a Urgencias y, la que queda justo al lado, es la entrada a la Sala de Partos. En ambos casos, nos encontramos ante una entrada con puertas automáticas. La entrada de Urgencias tiene las puertas y paredes laterales cubiertas por paneles de madera, y en el lateral derecho, sobre fondo turquesa oscuro y letras blancas, hay un rótulo con el nombre de «Urgencias»; las puertas de Urgencias únicamente pueden ser abiertas desde dentro. Las puertas de la Sala de Partos, en cambio, son blancas y su aspecto queda mimetizado con el color de la pared. A la izquierda, a un metro y sesenta centímetros desde el suelo, se encuentra un dispositivo rectangular, provisto de forma vertical, que solo quienes son conocidos habituales del espacio saben que es el botón para abrir las puertas. Justo encima, un cartel de las mismas características que el de Urgencias anuncia «Sala de Partos».

Imagen 16. Sala de espera general y, al fondo, zona de entrada a Urgencias (paneles de madera) y Sala de Partos (puerta blanca). Fuente: archivo propio.

El edificio de La Maternitat está compuesto por cuatro plantas diferentes en las que se encuentran distribuidos los múltiples servicios integrados en el Área de Ginecología y Obstetricia. La planta de acceso es la Planta 0 y en ella se sitúan, como hemos visto, la sala de espera general, Urgencias, la Sala de Partos y algunas estancias donde se realizan consultas externas del Servicio de Ginecología y Obstetricia, así como la Cafetería y el comedor para personal. La planta 0 es donde se concentra la mayor parte del trabajo de campo. En planta inferior, la Planta -1, se concentran las Consultas Externas, motivo por el cual supone un entramado de pasillos, salas de espera y habitaciones preparadas para tal uso. En las plantas superiores, la Planta 1 acoge las habitaciones de las mujeres ingresadas y en la Planta 2 se sitúa la Unitat de Nounats.

La Sala de Partos

La Sala de Partos de La Maternidad se extiende a lo largo de un pasillo de unos cinco metros de ancho y dos cientos metros de longitud que supone el eje a partir del cual se abren, a derecha y a izquierda, los diversos espacios que la configuran: un pasillo corredor de conexión interior con la zona de Urgencias, la Unitat de Cures Obstètriques Intermitges, dos almacenes de material hospitalario (donde se guarda, básicamente, mobiliario y maquinaria ligera transportable), otro almacén de pequeñas dimensiones reservado para el material de limpieza, la zona de descanso o el «Office», dos despachos del equipo de supervisión, el vestuario femenino y el masculino, la zona de dilatación y, al fondo, la zona estéril/quirúrgica, separada físicamente del resto por unas puertas automáticas que, generalmente, permanecen abiertas.

En la Sala de Partos predomina el color blanco, excepto en la zona de despachos de supervisión, el único tramo de pared cubierto por paneles de madera. Las paredes laterales del largo pasillo están conformadas por armarios empotrados, desde el suelo hasta el techo, en los que se almacena material clínico, higiénico y farmacéutico. Es característica la iluminación intensa de los fluorescentes del techo, la temperatura cálida —normalmente entre 23 y 26 grados— y un zumbido leve pero permanente que proviene de la máquina de climatización y que el personal de la sala ya no percibe, excepto cuando se ponen su atención en él cuando, en alguna ocasión, les pregunto explícitamente por ese sonido. La Sala de Partos de La Maternitat tiene un olor propio que están característico como difícil de describir; es un olor limpio, ligero y cálido, todo al mismo tiempo.

Imagen 17, 18 y 19. De izquierda a derecha: la zona de descanso o «Office», el vestuario femenino, detalle del armario del vestuario femenino. Fuente: archivo propio.

Dentro de la Sala de Partos y todos los espacios que la configuran, el área de «Dilatació» —cuya denominación es puramente formal, puesto que nadie la refiere así, sino que en el argot del personal es conocida como «Partos», por ejemplo, cuando descuelgan una llamada interna— es el foco en el que se concentró el trabajo de campo etnográfico. El área de dilatación está conformada por dos salas de parto ordinarias y, una tercera, que fue reformado algunos años atrás, equipada con bañera obstétrica y distintos elementos y materiales usados para la atención de los partos fisiológicos; los profesionales que trabajan allí se refieren a ella como «la Suite». El área de dilatación cuenta también con una cuarta estancia auxiliar, de tipo doble, reservada para las monitorizaciones o para cuando las gestantes estarán en la sala de partos únicamente para un periodo de tiempo corto —un monitoreo de control, por ejemplo— pero no para dar a luz. Esta área cuenta también con una pequeña sala de enfermería donde puede encontrarse un fregadero quirúrgico, estanterías metálicas donde se guardan algunos materiales menores y una pizarra rectangular, de un metro y medio de ancho por un metro de alto, aproximadamente, colgada en la pared, donde hay permanentemente una tabla dibujada con rotulador que sirve al personal para ir apuntando información general sobre la actividad que se está dando en cada momento.

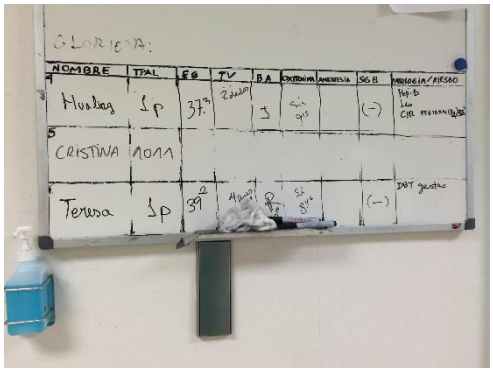


Imagen 20. Pizarra de control de actividad del área de dilatación. Fuente: archivo propio.

Justo en frente del área de dilatación, dispuesta en la pared del pasillo central de la Sala de Partos, puede encontrarse una mesa con cuatro monitores y un par de sillas con ruedas que supone el punto central desde el que el equipo de las comadronas controla todo lo que ocurre en «Partos». Es decir: las comadronas que atienden partos de bajo riesgo ocupan, de algún modo, un lugar de tránsito fuera de lo que propiamente es el área de dilatación, algo que no ocurre en ninguna otra zona donde las mesas de personal y control están más integradas.

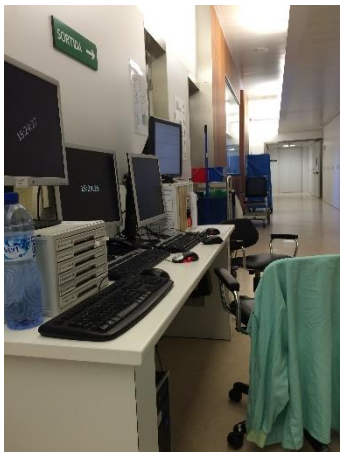


Imagen 21, 22 y 23. De izquierda a derecha: mesa de control del área de dilatación para comadronas, sala de parto 3, sala auxiliar 4.

Justo después del área de dilatación, y en la parte final del pasillo que actúa de columna vertebral de la Sala de Partos, se encuentra, como se mencionó anteriormente, la zona quirúrgica. Está compuesta, principalmente, por dos quirófanos, uno a cada lado. El Quirófano 1 es la estancia más amplia y es el que cuenta con el material y la maquinaria más

avanzada; adjunta a este quirófano hay una sala que cuenta con dos cunas de reanimación para bebés, con aspecto semejante al de una incubadora abierta. El Quirófano 2, justo en frente, tiene unas dimensiones más pequeñas, y cuenta con una decoración totalmente distinta, pues parte de las paredes están forradas con un papel adhesivo translúcido con motivos de hojas y tonos verdes que aportan un aspecto más cálido. Una última estancia al lado del Quirófano 2, compone esta zona quirúrgica: se trata de una sala polivalente, casi de espera, pero que, en ciertos momentos, cuando el área de dilatación está colapsada, puede tener el uso de una sala de partos ordinaria.

Imagen 24 y 25. Entrada al Área Quirúrgica y sala de reanimación de bebés adjunta al Quirófano 1.

Los partos que tienen lugar aquí se reparten de la siguiente manera: el área de dilatación acoge partos considerados de bajo riesgo mientras que el área Quirúrgica acoge los partos de alto riesgo y, sobre todo, las cesáreas. Las mujeres que se decantan por un parto fisiológico deben tener lo que se considera un embarazo de bajo riesgo; por esa razón, durante el trabajo de campo el foco fue, sobre todo, el área de dilatación.

La Sala de Partos, como se ha ido mostrando, tiene en realidad más forma de pasillo que de sala, pero no deja de ser significativo que haya conservado así su nombre en referencia a los orígenes del parto hospitalario, donde lo paritarios eran salas amplias con distintas camas, donde las mujeres parían en espacios compartidos, y que ilustra bien de qué modo el parto pasó de ser un acto privado y doméstico a ser un acontecimiento del espacio público.

«La Suite»

Dentro del área de Dilatación de la Sala de Partos, la Sala 2 fue un foco de atención importante durante la etapa de trabajo de campo etnográfico. Siguiendo la recomendación de la estrategia estatal para la nueva atención al parto «normal» y los protocolos para su implantación en Cataluña en 2007, la Sala 2 fue seleccionada para ser remodelada y crear una estancia especialmente preparada para la asistencia al parto fisiológico. Una vez reformada, se hizo una presentación pública de la misma y algunos medios catalanes se hicieron eco en prensa, televisión y radio de la novedad. El trabajo de campo en La Maternitat, de hecho, dio comienzo en un momento en el que las noticias sobre las nuevas salas de parto reformadas en varios hospitales catalanes aparecían en los medios de

comunicación con asiduidad e, incluso, se les dedicaban reportajes más desarrollados, sobre todo en televisión y prensa escrita, sobre sus características y funciones, en programas de formato documental breve o en las páginas de los dominicales.

Hacía escasos meses que la Sala 2 se había inaugurado cuando dio inicio la etapa de trabajo de campo y, como se explicará más adelante, las profesionales de la Sala de Partos se encuentran todavía en una fase de familiarización con su funcionamiento. Sus múltiples opciones sensoriales son, de hecho, una de las razones por las que el personal la denominaba como «La Suite».

El aspecto de la Sala 2 era, ciertamente, muy distinto al de las demás. Uno de los aspectos propios de la habitación, en comparación con las otras existentes era, sin duda, su tamaño y la sensación de amplitud, visiblemente mayor. El color de las paredes, en tonos malvas y lilas, es otro de los aspectos más diferenciables, así como el hecho de que buena parte del mobiliario sea del mismo color y todo el material clínico se encuentre guardado, fuera de la vista de las usuarias y quienes las acompañaban. La cama, compuesta por una estructura central que tiene adherida una sección para la colocación de las piernas, y que, en la fase de expulsivo, se extrae para que la comadrona y el resto del equipo puedan estar más cerca de la pelvis de la gestante, es posiblemente el elemento de la sala que también existe en las Salas 1 y 3. «La Suite» cuenta con un baño privado dentro del cual hay una ducha, así como una pantalla y múltiples opciones de iluminación, además de un sistema de proyección audiovisual en el techo. Cuenta también con la bañera obstétrica que es, casi con toda probabilidad, el elemento que más atención suele concentrar tanto en visitantes, usuarias y el propio personal médico, pero también hay otros materiales especialmente empleados para el parto fisiológico, como son las telas colgadas en el techo, que sirven para que la embarazada se sujete durante las contracciones y que favorece la postura en vertical, así como la pelota de pilates, o la silla de partos, de madera, aunque hay materiales que también se trasladas a las demás salas de parto en caso de que sean necesarias.

Imagen 26, 27 y 28. Sala 3, o «La Suite» del área de dilatación de la Sala de Partos de la Maternitat. Fuente: Imágenes cedidas por BCNFetal.

6.2.2 Apuntes cotidianos de la Sala de Partos

Barcelona: 2014-2015

En la Barcelona de finales del 2014 e inicios del 2015, coincidiendo con el comienzo del trabajo de campo en la Sala de Partos de la Maternitat, los debates y controversias sobre la atención al parto y la violencia obstétrica, que tradicionalmente se habían situado en los colectivos militantes, están empezando a permear en el espacio público, en buena parte, gracias a la cobertura e interés de los medios de comunicación. El surgimiento de nuevos modelos de atención a la gestación, el parto y el puerperio, la introducción de ideas nuevas que se tornaron centrales, como el respeto y la empatía en la relación asistencial, y las nuevas salas de parto, buscando promocionar la desmedicalización en favor de una mirada más fisiológica del parto, se convierten en esos años en un tema de actualidad que produce, por extensión, múltiples debates en el tejido social.

En la ciudad, puede percibirse un bullicio latente característico de tiempos en los que las cosas están cambiando. En muchos municipios de Barcelona y toda su área metropolitana se están creando grupos de mujeres cuyo foco de interés, precisamente, gira en torno al embarazo, el parto, la lactancia y nuevas formas de comprender la crianza de los hijos; en la gran mayoría, compartir información y darse apoyo mutuo son los propósitos primordiales. Los movimientos que se están dando en esta dirección también están trasladándose a las redes sociales, especialmente en Facebook, donde se están gestando grupos virtuales que sirven de foro en el que intercambiar información, lecturas, experiencias y testimonios. Dona Llum, por ejemplo, cuenta con un grupo en Facebook con un número considerable de seguidoras, en el que son recurrentes demandas sobre dónde realizar la preparación al parto según el lugar de residencia de Barcelona, solicitar vivencias de otras mujeres sobre sus experiencias de parto, conocer qué hospitales cuentan con protocolos actualizados y cómo se están implantando, buscar recomendaciones sobre equipos que atienden partos en casa o buscar consejos prácticos para transitar el parto y el postparto, entre otras. Puesto que todos estos temas están estrechamente ligados, una vez ocurre el parto, a múltiples y distintas cuestiones sobre el postparto y la crianza en los primeros años de vida, en esa época se crea Mama Llum, un foro de madres también virtual cuyo volumen irá creciendo exponencialmente y que se convierte en una fuente de información y debate imprescindible para las madres catalanas. El grupo, que continúa acogiendo a más de tres mil madres de Cataluña, sigue siendo un punto de referencia virtual todavía en la actualidad.

En esa época, empieza a engrandarse a un ritmo frenético el archivo digital de relatos de parto y testimonios en la página web de Dona Llum - Associació Catalana per un Part Respectat. El seguimiento y análisis de los relatos permite establecer que son tres las principales motivaciones que llevan a las mujeres a escribir y compartir sus historias de parto. En primer lugar, hay todo un conjunto de relatos con experiencias positivas, tanto de partos hospitalarios, como en casas de nacimiento privadas, como en el domicilio, cuyo propósito es el de corroborar los cambios que se están dando en el modelo de asistencia y el de alentar a otras mujeres a *luchar*[93] por el parto que desean, puesto que es posible conseguir una buena experiencia de parto. En segundo lugar, puede detectarse otro conjunto de relatos que, en contraposición, narran experiencias de parto negativas e incluso traumáticas, y que las madres ponen a disposición de las demás mujeres como estrategia de

[93] Se está utilizando aquí el termino literal que emplean las mujeres.

denuncia, primero, y como cordón de seguridad y solidaridad, después, por si ello puede contribuir a que otras mujeres no tengan que vivir lo mismo que ellas. En tener lugar, es posible constatar que la escritura de las historias de parto tanto para las mujeres que han tenido una vivencia positiva como para quienes la han tenido negativa, responde también a una razón terapéutica, bien sea con el objetivo de consolidar la experiencia positiva, o bien con el propósito de lo que denominan *sanar el parto*, y que consiste, psicológicamente, en integrar lo vivido para poder superar el trauma.

Los relatos de parto compartidos en la esfera virtual se constituyen, también, como una herramienta de información y aprendizaje para otras mujeres, así como una estrategia más de empoderamiento y toma de decisiones en sus procesos procreativos, como apuntó Murialdo:

> «Los relatos publicados disponen de un alto valor informativo para las mujeres que quieren conocer cómo suele ser parir en determinada institución sanitaria, qué efectos pueden tener ciertas prácticas e intervenciones o, en definitiva, recabar información para decidir dónde y cómo parir». (Murialdo Miniello, 2019, p. 201)

Además de todo lo anterior, en el barrio de Horta-Guinardó, una reputada comadrona especializada en parto domiciliario en la ciudad, ha creado el primer grupo presencial para mujeres que han tenido un parto traumático y que intercambian experiencias como estrategia de superación colectiva: la violencia obstétrica está empezando a narrarse en voz alta en la ciudad. De forma paralela, están surgiendo algunas iniciativas innovadoras entre las madres como, por ejemplo, el Partkami, una adaptación de Verkami, una plataforma catalana de donaciones económicas individuales y voluntarias para sufragar causas o campañas de particulares que, en este caso, fue empleado por una madre para recoger el fondo económico que necesitaba para costearse los gastos del parto en casa de su tercer hijo, tras dos experiencias decepcionantes en dos hospitales diferentes de Barcelona. Iba a ser el primero de más Partkamis que vendrían después.

Uno de los acontecimientos más significativos que se dan coincidiendo con la fase inicial de familiarización en trabajo de campo, y que va a atravesar el escenario etnográfico que nos ocupa, es la publicación el 16 de febrero de 2015 del *Informe Doulas* por parte del Consejo General de Enfermería, que detonó una larga polémica durante los siguientes meses. El *Informe Doulas* (2015) fue un documento creado por el organismo de su autoría para advertir sobre las competencias que el número creciente de doulas podían estar usurpando a las matronas y las enfermeras. Es cierto que, en aquel tiempo, hay un interés ferviente entre mujeres afines al Movimiento por un nacimiento y parto digno por formarse como doulas. En el contexto de Barcelona, cabe señalar, no obstante, existían dos perfiles claramente diferenciados entre las mujeres que deseaban ser doulas. Para la gran mayoría, sus propias experiencias de parto habían sido el motor del interés por el mundo de las doulas y realizaban las formaciones —no regladas— como una vía de profundización en los conocimientos del embarazo, el parto, el postparto, la lactancia y los primeros años de crianza; no es la compensación económica el centro de su motivación para formarse como doulas y, de hecho, no solo acaban siendo pocas las que acaban siendo acompañantes de las mujeres en el parto, sino que es claramente residual que cobren por este servicio, puesto que este acompañamiento es ofrecido a mujeres cercanas de sus redes, como hermanas, primas o amigas. Existía, por otra parte, un número mucho más reducido de mujeres que cursaba las formaciones no homologadas para hacer de la actividad de doula una salida

laboral que les ofreciera una fuente de ingresos, pero, incluso en estos casos, la gran mayoría de ellas combinaba sus servicios como doulas con otras actividades profesionales paralelas, como asesorías de porteo o lactancia, clases de yoga, etc., siendo realmente reducido el nombre de mujeres que podían acabar ganándose la vida exclusivamente con sus servicios de acompañamiento al embarazo y al parto.

Como se apuntaba, ante la creciente presencia de doulas, y de la demanda de mujeres que solicitaban sus servicios, el Consejo General de Enfermería publicó el *Informe Doulas* con el objetivo de advertir de que, no contando con una formación reglada en materia de asistencia al parto, las doulas estaban ocupando espacios y funciones que no les correspondía y para las que no estaban preparadas, desplazando a los profesionales sanitarios que eran quienes tenían las competencias legítimas en materia de la atención al parto, poniendo a las mujeres y a los bebés que confiaban en las doulas en peligro.

Eran básicamente tres las problemáticas sobre las doulas que recogía el informe: la primera, la del intrusismo profesional, la segunda, la de recomendar prácticas entendidas por los médicos como de riesgo, como el *Lotus birth*, consistente en dejar al bebé conectado a la placenta hasta que la sangre de esta se haya transferido al recién nacido y, en tercer lugar, el de difundir ideas y prácticas pseudocientíficas no alineadas con las recomendaciones sanitarias de atención al embarazo, el parto y el puerperio.

EL PAÍS Política SUSCRÍBETE INICIAR SESIÓN

Política

Las enfermeras denuncian a 'doulas' por ejercer como falsas matronas

El Consejo de Enfermería advierte: no son profesionales sanitarias y carecen de formación Un informe alerta de prácticas "que ponen en riesgo la salud de la madre y el bebé"

ELENA G. SEVILLANO

Imagen 29. Ejemplo de noticia sobre el *Informe Doulas* en prensa de tirada estatal. Fuente: ElPaís.com, 16 de febrero de 2015.

Con la publicación del informe, las doulas y sus prácticas se colocaron en el centro de mira del debate público, y las reacciones desde distintos sectores sociales no tardaron en sobrevenir, tan apasionadas como dispares. Parte de la comunidad médica del país, preocupada desde hacía tiempo por el crecimiento del papel de las doulas, mostró su conformidad con el contenido del informe. En un comunicado conjunto, por ejemplo, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y la Associació Catalana de Llevadores expresaron su posicionamiento al respecto:

> «Considerem important l'existència de grups d'ajuda mútua que actuen de manera voluntària i altruista, contribuint juntament amb les llevadores a la millora de la salut. No obstant això, l'intent de professionalització d'un col·lectiu que no està regulat competencialment, té certs riscos, ja que en determinades ocasions equivoquen el seu comès excedint en les seves tasques, arribant a oferir a les famílies serveis per als quals, realment no estan formades, acreditades ni capacitades.
>
> Des de l'Associació Catalana de Llevadores, juntament amb la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), demanem a la Conselleria de Sanitat de cada comunitat Autònoma i al Ministerio de Sanidad, que posi en marxa els

> mecanismes necessaris per evitar accions intrusistes d'aquest col·lectiu que poden provocar errors fatals per a la dona i el seu nadó.» (Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) & Associació Catalana de Llevadores, 2015, p. 1)

Por su parte, las asociaciones de El Parto es Nuestro y Dona Llum, como principales representantes de las mujeres usuarias de los servicios de salud a nivel estatal la primera, y a nivel catalán la segunda, publicaron un contrainforme, en el que denunciaban que el *Informe Doulas* carecía de rigor científico, siendo evidentes sus múltiples sesgos, y criticaban duramente el tono paternalista del Consejo General de Enfermería hacia las mujeres y las decisiones que estas tomaban respecto a su salud. Exponían, además, una recopilación de estudios y artículos científicos realizados en otros países, como por ejemplo en Estados Unidos, que apuntaban con considerable unanimidad el impacto positivo de la labor de las doulas en las experiencias de parto de las mujeres. Y, también, alentaban a los organismos y comunidades médicas a mostrar la misma preocupación por el supuesto riesgo para la salud de las mujeres y los bebés que suponían las doulas, en relación a los datos estadísticos que señalaban que, a pesar de la estrategia nacional y el surgimiento de nuevos protocolos, el Estado español continuaba generando un nivel de instrumentalización que superaba los estándares que la Organización Mundial de la Salud había fijado décadas atrás, sobre todo en lo que concernía a las inducciones, las episiotomías y las cesáreas.

De forma significativa, la Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya (ALPAC), surgida en 2010, se posicionó ante el *Informe Doulas* especificando que las comadronas independientes especializadas en la atención al parto domiciliario llevaban tiempo coordinando su trabajo con las doulas sin que se dieran mayores problemáticas.

Por su parte, la Asociación Española de Doulas (AEP) salieron en su defensa arguyendo que el *Informe Doulas* estaba creando una injustificada alarma social que, en su trasfondo, pretendía virar el foco de atención hacia las doulas en una buscada estrategia

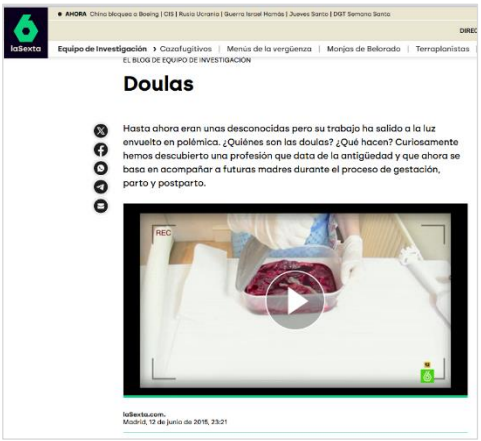


Imagen 30 y 31. Ejemplos de reportajes sobre doulas que se hicieron habituales en los medios en aquella época. Fuente: cadenaser.com y lasexta.com, febrero-junio del 2015.

para no afrontar la creciente denuncia social sobre prácticas éticamente cuestionables en las salas de parto y prácticas que incurrían en una clara violencia obstétrica.

Durante aquel tiempo, la cuestión sobre quién eran las doulas y cuáles eran sus actividades, se convirtió en foco de atención, también para los medios de comunicación, que desde un enfoque abiertamente sensacionalista produjo un gran volumen de noticias y reportajes que, lejos de contribuir a la información y el rigor en relación con las funciones de las doulas, solía centrarse en prácticas minoritarias, como la motivación a las madres para la ingesta de la placenta tras el parto.

La controversia sobre las doulas, que se alargó durante todo el 2015, más allá de los enfoques más sensacionalistas, descubrió la necesidad de establecer con claridad que no eran profesionales sanitarias y que su actividad central era la de ofrecer apoyo emocional a las mujeres y las familias en su proceso de toma de decisiones respecto al embarazo, el parto y el postparto. De algún modo, el papel de las matronas —un colectivo precisamente marcado por una trayectoria histórica en defensa de sus competencias— salió reforzado en la medida en que, para diferenciarse de las doulas, se difundieron todas las funciones que abarcaba su oficio, reforzando la idea de que las comadronas son las profesionales sanitarias indicadas para la asistencia al parto. La polémica sobre las doulas en España hubiera sido una oportunidad para regular el rol y las actividades de las doulas, como ha sucedido en otros países obteniendo resultados positivos; no obstante, en el Estado español continúan siendo una figura no reglada, lo que, por otro lado, tampoco ha supuesto su desaparición, pues continúan existiendo en la actualidad. En Barcelona, las formaciones para convertirse en doula se han ido reduciendo en número, sin embargo, las que existen actualmente, han ido perfeccionándose y ganando reconocimiento avaladas por profesionales de múltiples ámbitos que componen su equipo docente. La Associació Mima'm, por ejemplo, cuenta entre sus docentes con al propio Michel Odent y su mujer Liliana Lummers.

En definitiva, y como ha podido comprobarse, en Barcelona, en el periodo de trabajo de campo etnográfico en la Sala de Partos de La Maternidad, los debates y controversias en torno a la asistencia al parto, despertaban cualquier cosa excepto indiferencia.

Radiografía de un tránsito

Cuando el 16 de diciembre de 2014 comenzó el trabajo de campo etnográfico, hacía aproximadamente un año que se había producido la creación de BCNatal Research Center, un consorcio dedicado a la investigación que agrupó los departamentos de medicina maternofetal de dos de los hospitales más relevantes en esta área en Barcelona: el del Hospital Sant Joan de Déu, por un lado, y, por el otro, el del Hospital Clínic, que se situaba, precisamente, en La Maternitat. El centro de investigación surgió con el propósito de sumar esfuerzos para avanzar más rápida y eficientemente en los conocimientos científicos vinculados a la medicina materna y fetal, y con el fin de situarse como un lugar de referencia internacional en la atención de última generación a madres y a bebés. BCNatal surgió para ser un modelo de asistencia único que integraba desde la aplicación de la última evidencia científica en la atención al parto normal (de bajo riesgo) hasta el abordaje de las patologías más desconocidas y complejas, ofreciendo respuesta y actuación médica de forma personalizada e individualizada en cada caso; quería ser, en resumen, un proyecto de grandes ambiciones. En el momento en que se inició el trabajo de campo, la fusión entre los departamentos se encontraba todavía en fase de consolidación y de definición del engranaje, pero ya era habitual que grupos de profesionales médicos del Hospital Sant Joan de Déu visitaran asiduamente La Maternitat del Hospital Clínic, y viceversa. Se les podía ver

caminando por distintos espacios de nuestro escenario etnográfico, casi siempre en grupo de no más de diez personas, con sus batas blancas desabrochadas encima de la ropa de calle que todavía tenían el logo de un hospital o del otro, haciendo que fuera fácilmente reconocible quiénes eran los anfitriones y quiénes los invitados.

En aquel momento, aunque una de las primeras medidas de la fusión fue la unificación de los protocolos de atención al parto de bajo riesgo en ambos hospitales, todavía eran operativos los que habían sido sus propios programas de atención al parto normal, y que habían surgido como respuesta a la implantación de la nueva estrategia estatal de atención al parto normal, y su respectiva aplicación en el territorio catalán. Así, en Sant Joan de Déu seguía funcionando el denominado Programa MARE, cuyo nombre refería a las dos primeras letras del subtítulo «MAternitat Respectada» y, por su parte, en La Maternitat seguía activo el Programa PART, cuyas siglas procedían del subtítulo «Programa d'Atenció i Respecte al part hospiTalari»; a la práctica, no obstante, sus protocolos de asistencia se habían uniformizado. En la medida en que la fusión de ambos departamentos y la creación del centro de investigación común no era un hecho conocido por las usuarias, en aquella época se hizo común la situación de que las embarazadas de Barcelona que dudaban entre escoger el Hospital Sant Joan de Déu o La Maternitat para dar a luz, o lo que era lo mismo, el Programa MARE o el Programa PART, desconocían que, en el fondo, se trataba del mismo protocolo, pero con nombres diferentes.

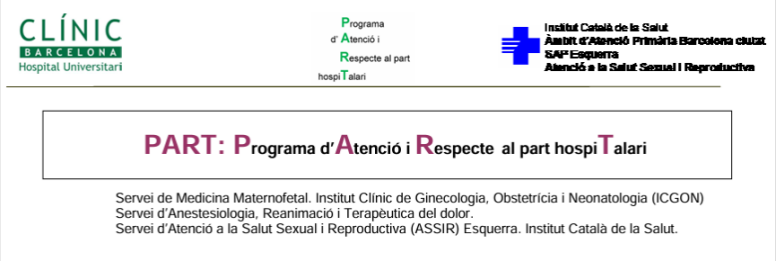


Imagen 32. Detalle del cabecero del documento de Plan de Parto ofrecido por La Maternitat con el nombre y siglas del Programa PART.

Inventario etnográfico[94]

La Sala de Partos de La Maternitat puede ser pensada como un caleidoscopio: en ella convergen un amplio abanico de microrealidades múltiples y distintas que a lo largo de las horas conviven y habitan los mismos espacios. En el día a día, los nacimientos se combinan en este escenario etnográfico con las inducciones —programas siempre por la mañana, varias cada día—, los partos por cesárea —diarios—, los abortos —muy frecuentes— tanto involuntarios como voluntarios, intervenciones ginecológicas que no están vinculadas ni el embarazo ni al parto, tratamientos de mastitis y, también, aunque no habituales, muertes gestacionales o neonatales. Allí, la etnógrafa aprende rápido que, de igual modo que sucede fuera del edificio en la Avinguda de Joan XXIII, por bien que es un escenario en principio especializado en dar la bienvenida a la vida, vida y muerte discurren con fluidez por este pasillo. La realidad de la Sala de Partos está tejida por todos estos hilos y, por esa razón, ese caleidoscopio de situaciones fue quedando inevitablemente registrados en el diario de campo.

[94] La cronografía general correspondientes a las madres informantes de La Maternitat está incluida en el artículo del punto 5.1.

En este abanico de situaciones, existe una circunstancia por la cual debe tomarse en cuenta de que esta Sala de Partos es un escenario particularmente especial, como es el hecho de que sea la única del mundo en donde se realizan operaciones a los fetos cuando todavía se encuentran en el útero materno. El Dr. Gratacós, obstetra especialista e investigador pionero en este campo, y su equipo más cercano, suponen el núcleo de investigación científico en medicina fetal de lo que primero fue, dentro del Hospital Clínic, el Instituto BCNFetal y que, tras la fusión con el Hospital Sant Joan de Déu, se convirtió en BCNatal Researcher Center. Las operaciones intraútero de los fetos se llevaban siempre a cabo en el Quirófano 1 de la Sala de Partos, y suponían un acontecimiento que concentraba una alta atención, especialmente por el hecho de que precisaba de mucha parte del personal sanitario, así como también porque investigadores expertos en este mismo campo, eran invitados a las operaciones para mostrar en directo cómo se realizaban. Así, para quien observaba, era fácil reconocer cuándo iba a tener lugar una de estas particulares operaciones intraútero, porque, de repente, se abrían las puertas y aparecía una nube numerosa de médicos encabezados por el Dr. Gratacós, avanzando por el pasillo en dirección al Área Quirúrgica. Aunque no todo el personal de la Sala de Partos estaba llamado a participar en este tipo de operaciones, la sensación era que concentraban la atención de todas y todos, y que el resto de las situaciones que se estuvieran dando, tomaban un papel secundario. Las operaciones intraútero solían necesitar de mucha preparación, pero la ejecución prácticamente nunca superaba los cuarenta y cinco minutos, lo que comportaba que, en poco espacio de tiempo, hubiera una tensión intensa, casi densa, que lo invadía todo y a todos. En el diario de campo fueron quedando improntas de cómo, cuando la operación salía bien y conseguía su propósito, se producía una oleada de vítores y exclamaciones de celebración desde el Quirófano 1 hasta el resto de las áreas de la Sala de Partos, un alegre bullicio que tan solo se dispersaba cuando el equipo de médicos especialista, y todos sus invitados, la abandonaban. Cuando, por el contrario, la operación no salía bien, lo que casi siempre implicaba la muerte del feto y, por extensión, la nube de médicos se tornaba una orquesta de susurros y silencios, cabezas cabizbajas y pasos lentos hasta la salida.

Aunque por sus características, este tipo de operaciones quirúrgicas no eran el objeto de estudio central del trabajo de campo, fue relevante su observación para constatar un aspecto significativo de la Sala de Partos como era la convivencia física tan cercana entre los procesos de asistencia al embarazo y parto de bajo riesgo con los que corresponden al alto riesgo: en un mismo pasillo, los partos fisiológicos conviviendo con las patologías fetales más graves. Y el impacto que, como iremos viendo, esta fricción de realidades tenía en las conceptualizaciones sobre embarazo y parto, sobre todo, del personal de la Sala de Partos.

La rítmica diversa de los tiempos es uno de los elementos más significativos de nuestro escenario etnográfico. El espacio de tiempo que abarca desde las ocho de la mañana, cuando se da por acabado el turno de noche y da comienzo el turno diurno, hasta las 15 h de la tarde, es el más activo y bullicioso del día: la Sala de Partos se convierte en una suerte de *allegro* que, a ratos, se convierte en un *presto* cuando se acumulan las inducciones y las cesáreas, y es el periodo de tiempo del día en el que más personal de todo tipo hay transitando sus espacios. Después de las 15 h, la presencia de personal decrece, en buena parte debido a que estudiantes en prácticas ya se han ido, así como parte del personal administrativo, y es notorio de qué manera da comienzo un tiempo más pausado, como un *moderato*, en el que es notorio, también, cómo el volumen general de la sala es menor que durante la mañana. Fue en este paréntesis de tiempo, sobre todo cuando el *moderato* se

convertía en un *andante* y había «*poca feina*» (poca faena), el momento más prolífico en la recopilación de datos etnográficos, porque se abrían espacios de diálogo de mayor calidad con los miembros del equipo, sobre todo con las comadronas, y conversaciones entre ellas que dieron pie a cuestiones importantes para la etnografía. A partir de las ocho de la tarde, cuando acababa el turno de día y se iniciaba el de noche, la Sala de Partos se sumía en un *adagio*, el momento del día en el que el ritmo de trabajo se volvía más tranquilo, excepto cuando puntualmente se daban situaciones de emergencia. Resultaba interesante cómo los profesionales se habían hecho a sus propios turnos: las comadronas de la mañana envidiaban el sosiego de las noches, pero al mismo tiempo temían el aburrimiento y, en cambio, las comadronas del turno de noche valoraban positivamente no tener que lidiar con el bullicio de los turnos de mañana, incluso asumiendo las contrariedades que los turnos nocturnos implicaban para la vida personal y familiar, sobre todo, en años de crianza de hijos e hijas pequeñas.

La presencia femenina destacaba visiblemente en el reparto de personajes que se daban encuentro en la Sala de Parto de *La Mater*, diminutivo con el que las personas que trabajan allí se refieren comúnmente a La Maternitat. El personal pertenecía a un amplísimo abanico de grupos profesionales diferentes, como médicos (ginecólogas, anestesistas, etc.), médicos residentes, comadronas, estudiantes de comadronas, auxiliares de enfermería, enfermeras, celadores, personal de limpieza, etc. La presencia masculina, contrastablemente menor que la femenina, se concentraba, sobre todo, en el grupo de médicos y en los celadores. No se registró, por ejemplo, la presencia de ningún matrón hombre, ni tampoco la de ninguna celadora mujer.

Dentro de esta pluralidad de perfiles, en el caso especial de las comadronas, que fue el grupo con el que se estableció un mayor contacto, era evidente una diferenciación respecto a los grupos de edad con la que ellas mismas se identificaban. Existían tres grupos diferenciados: el primero, era el conformado por las comadronas «veteranas», de 50 años en adelante; el segundo, configurado por un grupo pequeño de comadronas de entre 35 a 40 años, conocidas como las «veteranas jóvenes» y un tercero y último, formado por las comadronas tituladas recientemente y las estudiantes de matrona, cuya franja de edad se situaba entre los 22 y los 30 años, como máximo. Las comadronas de mediana edad, rozando los 40 años, eran difíciles de encontrar en el equipo; de hecho, únicamente dos matronas del turno diurno se situaban pasados los 35 años. Los grupos de edad de las comadronas registrados tienen mucho que ver con que en los años noventa hubo una decena de años en los que no se convocaron promociones de comadronas en Cataluña como tampoco en el resto del Estado español. Este acontecimiento histórico, fundamental para entender la evolución reciente de las matronas en Cataluña, está presente, precisamente, en este vacío generacional, como una especie de huella invisible.

Las comadronas veteranas y las estudiantes de matrona se concentraban en el turno diurno y además de asistir los partos de bajo riesgo, tenían la función de ser las tutoras de las estudiantes de comadronas: los grupos de edad se relacionaban en buena parte dada esta situación de pupilaje. Aunque las estudiantes de matronas podían ser enseñadas por cualquiera de las comadronas tituladas, era corriente que se mantuvieran al lado de quienes eran sus tutoras para seguir de cerca los casos de los que se hacían cargo. Las estudiantes de matrona, además de catalanas, eran originarias de otros puntos del estado, como Madrid, Asturias o Castilla y León, porque desde allí habían solicitado una plaza de estudiante en La Maternitat que les había sido concedida, en buena parte, a las buenas notas de sus expedientes académicos. Estudiar en *La Mater* de Barcelona tiene, en el mundo de las

comadronas, su prestigio, y las comadronas veteranas explicaban, con gesto de satisfacción, que eran uno de los hospitales con más solicitudes del estado, y que el volumen de demanda superaba el que podían abarcar.

El pijama de color turquesa oscuro, con la parte superior de manga corta y el pantalón largo, y zapatillas de trabajo tipo zueco, es el uniforme básico con el que viste prácticamente todo el personal de la Sala de Partos y es un elemento identificador, en contraste, con el resto de personas que trabajan en otras áreas del hospital, que suelen vestir con un batín blanco encima de la ropa de calle, como las comadronas y enfermeras de Consultas Externas, o como el personal administrativo y recepcionistas. El personal de planta, que cubre el área de mujeres ingresadas tras el parto o tras una intervención ginecológica de la planta superior, vestían con pijama de iguales características que en Sala de Partos, pero en color blanco, de igual modo que los celadores. Cuando el trabajo de campo comenzó y el uniforme verde fue parte del acuerdo para poder llevar a cabo la observación participante, el personal de Sala de Partos, en esa fase de inmersión en la que la etnógrafa se convierte en una suerte de Dante guiado por múltiples Virgilios, solían afirmar que todos vestían el mismo uniforme autoproyectándose como un equipo democrático en el que las jerarquías quedaban desdibujadas. Fueron necesarias unas pocas observaciones de la sala de comedor, a la hora del almuerzo, sin embargo, para corroborar que, lejos de ser así, el personal de la Sala de Partos tendía a asociarse y pasar el tiempo durante la jornada laboral con quienes pertenecían a su mismo grupo profesional; así, los grupos de iguales, solían organizarse para acudir al comedor a compartir el desayuno o la comida en parejas o tríos de comadronas veteranas, estudiantes de comadronas o auxiliares de enfermería, cada una por su parte. Cabe tener en cuenta, por otra parte, que este tipo de dinámicas también venían definidas por las relaciones personales que, por ejemplo, en el caso de las matronas veteranas, estaba definida por años de trayectoria conjunta como compañeras en el hospital, lo que había llevado a crear entre ellas lazos de amistad, más allá de lo meramente profesional. Cuando se daban encuentro en la Sala de Partos, llamaba la atención cómo las estudiantes de comadronas se preguntaban entre ellas por los partos que habían asistido últimamente, mientras que el grupo de veteranas se preguntaban recíprocamente por los hijos y los nietos.

En el entramado de relaciones también había lugar para ciertos flujos de fricción y discordancias como, por ejemplo, el que las comadronas de la Sala de Partos mantenían con el personal de planta, con quienes muy habitualmente surgían conflictos en cuanto a los traslados de las mujeres una vez ya habían dado a luz. A veces, las comadronas que más tiempo llevaban trabajando en el hospital expresaban quejas sobre algunas auxiliares de enfermería, haciendo notar sus preferencias por quienes el trabajo se hacía más orgánico. A menudo, era también común que se dieran situaciones de tensión entre las comadronas y el personal de limpieza o los celadores, a quienes se dirigían cuando había mujeres en proceso de parto para que bajaran el tono de voz reprochándoles que no era lugar para estar de charla, y que las mujeres que estaban dando a luz necesitaban un ambiente tranquilo. Ante la reprimenda, las mujeres de la limpieza y los celadores cedían, no sin antes expresar entre susurros que las comadronas se tomaban todo demasiado en serio. La repetición de estos episodios entre comadronas y personal no sanitario de la Sala de Partos fue clave para poder plantear la siguiente cuestión: para conseguir un ambiente de calidez suficiente en el que las mujeres embarazadas pudieran sentirse en calma era necesario mucho más que introducir reformas físicas del espacio, siendo, quizás, igualmente importante la concienciación sobre la necesidad de ese tipo de condiciones para cualquier tipo de

trabajador o trabajadora que, de algún modo u otro, transitara con su presencia por los paritorios.

Entre el colectivo de comadronas, sobre todo entre las que ya son tituladas y veteranas, son compartidas algunas ideas y representaciones sobre los partos según el origen de las mujeres usuarias que llegan a la Sala de Partos. A partir de distintos episodios recopilados en el diario de campo, se hizo posible detectar algunas conceptualizaciones generales en esta línea como son, por ejemplo, que las mujeres originarias de Gran Bretaña, Holanda o Suecia tenían mayor facilidad para el parto fisiológico debido a que «e*so es lo normal en sus países, lo han visto toda la vida…*»; que las mujeres japonesas siempre paren en silencio, que las pelirrojas son más propensas a las hemorragias, que las chinas nunca dan el pecho y que las mujeres negras poseen caderas anchas que, para dar a luz, son más eficientes que las de las blancas, y para el postparto solo quieren comer las sopas que les preparan sus madres o sus hermanas, y que les traen al hospital, aunque en principio no sea lo permitido.

La mayor parte de las embarazadas que pasaron por la Sala de Partos de La Maternitat durante la etapa de trabajo de campo etnográfico residían en Barcelona y solían ser catalanas, españolas, paquistanís, marroquís, colombianas, venezolanas, peruanas, chinas y, en menor medida, originarias de los países del norte de Europa. Una de las cuestiones clave que solía influir en mayor grado en el establecimiento de la relación asistencial entre las matronas y las mujeres embarazadas era la idiomática: en las situaciones en las que la comunicación podía darse por ambas partes por una lengua conocida, era perceptible cómo los intercambios durante todo el proceso se daban con más facilidad. Por el contrario, cuando por las circunstancias se establecía la barrera idiomática, la complejidad de la atención se multiplicaba. Las comadronas solían explicar que el hospital tan solo contaba con una intérprete que únicamente estaba disponible durante dos horas al día, exclusivamente los días entre semana, y debía cubrir las necesidades interpretativas de todo el hospital. Es decir, aunque La Maternitat contaba en sus filas con el servicio de interpretación, era muy poco habitual que pudieran hacer uso de él. Cuando las comadronas se encontraban ante la situación de tener que asistir un parto y no podían comunicarse con la mujer a la que debían prestar atención, desplegaban toda una serie de estrategias como intentar la comunicación en inglés, buscar la ayuda del acompañante, normalmente el padre o una familiar femenina, como la madre o la hermana, en el caso de que pudieran hacer de intérpretes o, en el peor de los casos, ayudarse de la gestualidad para establecer la comunicación. En un par de ocasiones, incluso se registró cómo algunas estudiantes de comadronas acudían al traductor de Google para buscar algunas palabras clave como «dolor» o «empujar» en el idioma originario de la embarazada, que más tarde escribían en grande en unos folios y que se llevaban dentro del paritorio para recurrir a ellos en un intento de mínimo establecimiento de contacto idiomático. Cuando el equipo de Sala de Partos debía gestionar la asistencia con un nivel de barrera idiomática importante, se hacía evidente una carga de tensión y estrés en las profesionales, y el establecimiento de la relación asistencial se focalizaba tanto en el intento de comunicación que el resto de las cuestiones, como las opciones de alivio del dolor o las explicaciones sobre el proceso quedaban en segundo o tercer plano.

En cierto momento del trabajo de campo, cuando la familiarización con el escenario etnográfico y el personal de Sala de Partos ya estaba bien establecida, se dio una situación significativa que arrojó luz a la cuestión de la diversidad familiar en la atención al parto. Estaba siendo una mañana de mucho trabajo en la Sala de Partos: todos los paritorios,

incluso las estancias auxiliares que solo se empleaban en ese tipo de circunstancias de colapso espacial, y los quirófanos estaban llenos, con mujeres en sus respectivos procesos de dar a luz. Desde el Área Quirúrgica, una matrona del grupo de veteranas, que se encontraba a las puertas de una próxima jubilación, salió de una de las salas visiblemente enojada. Cuando llegó al mostrador de la zona de Dilatación, sus compañeras le preguntaron qué le ocurría, y ella explicó, con visible irritación, que después de haber conseguido asistir el parto de la mujer que había dentro de la sala del fondo, con la complicación de que no hablaban el mismo idioma y por tanto comunicarse había sido realmente complejo, cuando la comadrona había intentado poner al bebé sobre el pecho desnudo de la madre, esta se había negado y, con señales, le había solicitado que le dejara el recién nacido al lado, envuelto en una sábana. La matrona se sentía frustrada sobre el hecho de que la madre hubiera «rechazado» coger al bebé en brazos, después de un parto que, a pesar de la complicación del idioma, había acabado saliendo bien. Pregunté a la comadrona, con quien había coincidido ya en bastantes turnos, de qué origen era la mujer a la que le acaba de asistir al parto, a lo que respondió con un «*Creo que es paki o algo así*». Ante la situación que se había generado, decidí puntualmente intervenir y, tras preguntarle si podíamos hablar un momento, porque creía que podía echarle una mano, ella accedió, algo desconcertada. Le expliqué que, si bien en nuestra cultura las muestras de estima se materializan en el contacto físico, en algunos contextos culturales distintos al nuestro, el contacto con los fluidos corporales derivados del proceso de dar a luz, como la sangre, el líquido amniótico o el vérnix que cubre a los recién nacidos, era evitado por las mujeres porque en su marco de referencia cultural eran vistos como elementos contaminantes que podían poner en serio peligro su integridad y las de sus bebés. Insistí, sobre todo, en que el método «piel con piel» consistente en colocar al bebé sobre el torso desnudo de la madre inmediatamente después de nacer, una práctica promulgada, precisamente, por todos los nuevos protocolos de atención al parto, no servían para las mujeres de todos los orígenes. No se trataba, en realidad, de que aquella madre estuviera rechazando a su bebé, sino que podía estar dándose el caso de que aquella proximidad con el vérnix del recién nacido le despertara algún tipo de recelo. Durante unos minutos, la comadrona veterana y yo estuvimos intercambiando pareceres sobre método «piel con piel», y ella apuntaba con insistencia a que «*ahora es lo que nos dicen que tenemos que hacer*», y que había procedido de tal modo, como siempre le habían dicho, porque había que llevarlo a cabo «*sí o sí*». Tras nuestra conversación, la comadrona volvió a la estancia donde había tenido lugar el parto, en la zona de alto riesgo, y yo permanecí en el área de Dilatación, haciendo el seguimiento de un parto que estaba teniendo lugar en *la Suite.* No fue hasta la tarde, al volver de la hora del almuerzo, cuando el ritmo de trabajo en la Sala de Partos había aminorado, cuando volvimos a encontrarnos y la matrona veterana me explicó que, al volver a la habitación, había preguntado con gestos a la madre reciente si quería que limpiara un poco el bebé, a lo que ella había accedido sonriente. Según me contó, tras un lavado parcial del bebé, la madre se había incorporado para tomarlo en brazos, eso sí, sin desabrocharse el camisón.

El episodio captado es relevante en la medida que permite el planteamiento de dos cuestiones: la primera, que los procedimientos y prácticas promocionadas por los nuevos protocolos de asistencia al embarazo, el parto y el postparto no pueden dejar de ser comprendidos desde un marco cultural específico desde el cual han surgido, y que su aplicación no puede perder de vista la evidente diversidad cultural que tiene presencia en la Sala de Partos y, la segunda, que la capacitación cultural en la materia específica de

atención al parto desde un enfoque transcultural resulta imprescindible para que el personal sanitario pueda llevar a término una atención a la salud reproductiva adecuada culturalmente.

A las 8 h de la mañana y a las 8 h de la tarde, cuando tienen lugar los cambios de turno de las matronas, las comadronas que finalizan su horario laboral y las que lo inician se encuentran en el escritorio del área de Dilatación para realizar el traslado de los casos. A veces, las matronas entran juntas en los paritorios, unas para despedirse y las otras para presentarse. A medida que fue avanzando el trabajo de campo, se fue dando la situación espontánea de que, cuando mi llegada no coincidía con el cambio de turno, y de igual modo a cómo procedían entre ellas, solían venir a informarme de qué casos estaban teniendo lugar aquel día en la Sala de Partos. Muy a menudo, tanto las matronas como las auxiliares de enfermería me sugerían que «la acción» de verdad se situaba en el Área Quirúrgica, donde tenían lugar los casos difíciles, los procedimientos más delicados y las cesáreas. Si bien los partos de riesgo no eran, por el objeto del estudio, el foco de atención, compartir la experiencia de observar las cesáreas fue clave para que el equipo determinara que «*ahora ya eres una de las nuestras*». A medida en que fui insistiendo en que mi objeto de estudio era otro, no obstante, cuando entraba un caso que sabían que podía ser de mi interés solían darme aviso y, si conseguía el correspondiente consentimiento, incluso se daba el caso que era invitada a acompañarlas, sobre todo, en los casos en los que se estableció una relación etnográfica cercana.

Es sabido que el trabajo de campo etnográfico, sea cual sea el lugar en el que tenga lugar, suele implicar verse involucrada en múltiples actividades y tareas que forman parte de la realidad estudiada. Así, etnografiar la Sala de Partos, fue también aprender dónde estaban guardadas las mantas y los almohadones y acercarlas a las comadronas si las mujeres que estaban de parto los precisaban, transportar las pelotas de pilates o la silla de partos allí donde fueran necesarias, ayudar a los padres a colocarse bien el vestuario para acceder a la zona quirúrgica y, con el paso del tiempo y el estrechamiento de la confianza, incluso sostener compresas frías en las zonas lumbres de la embarazada durante la dilatación o sostener sus manos cuando, estando en la bañera, venía una nueva contracción, acompañar a las comadronas a planta a visitar a una mujer que dio a luz el día anterior para saber de su estado o, incluso, cuando se daba el caso, ganarse un bombón cuando las familias obsequiaban con ello a las comadronas y el resto del equipo para agradecerles su asistencia.

Entre el personal sanitario de la Sala de Partos se observaban opiniones y posicionamientos distintos sobre cómo debía ser el modelo idóneo de atención al parto, y qué cuestiones eran las verdaderamente relevantes. Las trabajadoras que conformaban el equipo de nuestro escenario etnográfico y, entre ellas, particularmente las comadronas, no eran ni mucho menos ajenas a los polémicos debates que se estaban produciendo más allá de las puertas del hospital y, a lo largo de los meses, fueron múltiples los momentos en los que el parto respetado, las doulas y la violencia obstétrica, a la que con escasa frecuencia se referían de forma explícita empleando este término, eran el centro de diálogos y conversaciones en los que se intercambiaban ideas al respecto.

El parto respetado era un asunto que provoca agitación en el colectivo de comadronas de la Sala de Partos de La Maternitat, y suscitaba, en general, tres tipos de reacciones: por un lado, la del grupo de matronas a quienes despertaba recelo, incomodidad y tensión; por el otro, la del grupo de comadronas que eran abiertamente simpatizantes con su filosofía y, en tercer lugar, la del grupo que, aunque compartía y mostraba cierta afinidad sobre algunas cuestiones, eran a la vez críticas o albergaban dudas sobre algunas otras.

Dentro del colectivo de matronas que se mostraba favorable al modelo de parto respetado, pudo establecerse cierto nexo común entre su posicionamiento y el hecho de haber tenido contacto, durante sus trayectorias profesionales como enfermeras, antes de convertirse en matronas, con servicios como Paliativos o Neonatos. De algún modo, era como si sus experiencias con la atención al final de la vida o con bebés prematuros y extremadamente prematuros, influyera en ellas en la medida que solían tener una visión más humanista de la salud, en general, y de los servicios de atención a la misma, en particular.

Existía, no obstante, cierto consenso en cuanto a que la atención respetuosa al parto se había convertido en un tema de moda. Aunque, en general, no se mostraban contrarias al surgimiento de protocolos actualizados en materia de asistencia al parto, solía hacerse patente que también percibían estos cambios como cierta estrategia de reclamo para las mujeres. El Programa PART del Clínic o la reforma de «La Suite» eran percibidos como una cuestión de orgullo, pero, al mismo tiempo, como una campaña de marketing por parte del hospital con la que se buscaba proyectar una imagen moderna que sirviera de reclamo para las mujeres interesadas en un modelo más fisiológico y menos medicalizado del parto, siendo eso lo que se llevaba en ese momento. «La Suite», en esta línea, despertaba en el colectivo de comadronas algunos contrastes: en general, les agradaba la reforma, pero, paralelamente, consideraban que conocer bien cómo administrar todas las funciones que tenía les suponía trabajo añadido. Durante la etapa de trabajo etnográfico, de hecho, fue constatable que solo una parte del equipo de comadronas y auxiliares de enfermera conocían bien los secretos de su uso, y que el personal todavía no estaba plenamente familiarizado con este nuevo espacio. Entre el equipo de limpieza del turno diurno, por su parte, «La Suite» era vista como una incomodidad más que una ventaja, y era habitual oír a las mujeres de la limpieza expresar quejas sobre el volumen de suciedad que se acumulaba tras los partos fisiológicos y, más concretamente, el hecho de que la sangre costara más de limpiar en aquel suelo, que era de color blanco. Resulta relevante, también, tomar en cuenta que, incluso las matronas que se mostraban más afines al modelo del parto respetado, señalaban sentir cierto grado de disconformidad con el hecho de que los recursos económicos del hospital se hubieran focalizado en la reforma de «La Suite» pues, según su criterio, era urgente dar solución a otras situaciones que se daban en la Sala de Partos y que también requerían de un replanteamiento de los espacios, siendo unánime la opinión de que era prioritario buscar un circuito para cuando se daban casos de abortos espontáneos y muertes gestacionales, o perinatales, ya que, en este tipo de circunstancias, las mujeres que atravesaban estos episodios de dificultad convivían en los mismo espacios que las mujeres que acababan de parir a sus recién nacidos sanos.

Cuando desde el triaje de Urgencias se ponían en contacto con el área de Dilatación para dar paso a una mujer embarazada que deseaba un parto fisiológico, era frecuente que mostraran más interés por asistirlo las comadronas más jóvenes (tanto veteranas jóvenes como recién tituladas o estudiantes) que las veteranas, sobreentendiéndose que el parto fisiológico requería de mayor atención, durante más tiempo, y que su asistencia también requería de mayor cansancio físico. Sin ser abiertamente expresado, se sobreentendía que el parto más habitual, de bajo riesgo, con frecuente rotura de la bolsa como estrategia de aceleración del parto, y con anestesia epidural, que no necesitaba de instrumentalización ni de sutura posterior, era el tipo de parto más cómodo de asistir.

> «Bueno, el dolor en general es incómodo, es incómodo… además es que se ve muy claro en los anestesistas, que el trabajo es eliminar el dolor, que ellos… ellos ven que

pasa una mujer que quiere parto natural, pues eso, que está de parto, gimiendo, respirando, gritando, ¿no?… y preguntan "¿quiere *la peri*?, ¿quiere *la peri*?"… no, no, no quiere *la peri…* Bueno, se lleva mal, porque en general te enfrenta con algo que no quieres ver, que supone más trabajo, de alguna manera, porque generalmente suelen ser parejas más demandantes, mujeres más demandantes, tienes que estar más pendiente de ellas… esta es la parte que no se dice, claro… pero también agota más mentalmente, no es lo mismo que con una señora que estás de risas "¿qué, qué tal? ¿todo bien eh? Venga, pues dos horitas más a dormir y luego ya…", que es legítimo ¿eh?, pero claro, te agota más mentalmente… y físicamente… Tú misma habrás estado en u parto natural en la [sala] dos: la oscuridad, el calor, el dolor, el trance este en el que entran exige, yo creo, más de ti.»

(L., matrona, 25 años.)

6.2.3 Cronografía general: la visión de las matronas

Primera fase: La Gestación [periodo incierto hasta las 12 semanas –37-40 semanas: a término]	
Nociones	Ámbito de la experiencia - Prácticas
Dimensión física: *cuerpo biológico / cuerpo vigilado* *cuerpo hormonado*	- Controles médicos del embarazo - Ajuste de la nutrición: proteína e hidratación - Descanso y evitación del sedentarismo y estrés - Preparación al parto - Estrategias de provocación del parto
Dimensión psicológica: mente- *conciencia (responsabilidad), sensibilidad (hormonas)*	- Recopilación de información: toma de decisiones responsables
Segunda fase: El Parto [dilatación, parto/nacimiento bebé, alumbramiento placenta y primera fase del postparto]	
Nociones	Ámbito de la experiencia - Prácticas
Dimensión física: *cuerpo biológico / cuerpo sospechoso*	Durante la dilatación y el parto: - Ambiente tranquilo, protección de la intimidad, oscuridad. - Estrategias de alivio del dolor/sufrimiento: Bañera, movimiento, compresas, óxido nitroso, pelota, movimiento, etc. En el inicio del postparto: - Piel con piel (por evidencia científica) - Iniciación inmediata de la lactancia
Dimensión psicológica: *mente racional / mente emocional*	En el parto: - Gestión *racional* de decisiones (seguridad) - Plan de parto - Acompañamiento emocional: comadronas, padres En el inicio del posparto: - Protección de la salud mental materna
Tercera fase: El Postparto [desde finalización del parto hasta cuarentena - tres meses]	
Nociones	Ámbito de la experiencia - Prácticas
Dimensión física: *cuerpo abatido* *cuerpo herido* *cuerpo hormonado (revolucionado)*	Recuperación física del cuerpo: - Descanso - Visitas control posparto (curas) - Apoyo a la lactancia materna
Dimensión psicológica: *mente emocional (> racional)* ➔ *< vulnerabilidad*	Recuperación psicológica: Protección de la salud mental materna

Tabla 1. Cronografía sobre la visión de las profesionales de la Sala de Partos. Elaboración propia.

Tomando como base los datos etnográficos recopilados en el diario de campo y las entrevistas a las profesionales de la Sala de Partos, se ha elaborado una cronografía general (colectiva) sobre cómo era pensado el proceso procreativo por parte, sobre todo, del equipo de matronas. A continuación, se presenta la cronografía, primero, sintetizada en el cuadro-resumen y, después, el desarrollo de su contenido, poniendo en relación las nociones básicas recogidas con las prácticas registradas.

En el imaginario del equipo de profesionales de la Sala de Partos de La Maternitat sobre el proceso procreativo es posible detectar, como en el caso de las mujeres, tres tiempos distintos y consecutivos: el de la gestación, el del parto y el del postparto. Las representaciones y prácticas contenidas en cada uno de estos periodos temporales pueden agruparse, asimismo, pueden agruparse en dos grandes grupos: por un lado, todo lo que sucede en la *dimensión física* del proceso reproductivo y, por el otro, aquello que tiene que ver con la *dimensión psicológica*. En la dimensión física se congregan todas las ideas relacionadas sobre cómo es pensado el cuerpo en toda esta cronografía, mientras que en la dimensión psicológica se sitúan las conceptualizaciones ligadas a la idea de mente o psique, dentro de la cual, además, se incluye la vertiente emocional. Como punto de partida, el proceso procreativo es imaginado como una suma de la dimensión física y la psicológica, en el trasfondo de lo cual se observa una noción de persona basada en dos componentes elementales, como son un cuerpo y una mente. He aquí el reflejo de la conocida dualidad cartesiana, tan presente en las *sociedades occidentales*.

Primera fase: La gestación

En comparación con los otros, el embarazo es el episodio temporal más dilatado puesto que abarca desde la concepción hasta el inicio del parto que, por extensión, implica el final del tiempo de gestación, y que generalmente dura nueve meses. A pesar de esto, es relevante señalar que, en sus narrativas, las matronas de la Sala de Partos suelen apuntar a que la doceava semana de embarazo supone un punto de inflexión. Durante las doce primeras semanas, el embarazo es percibido como un proceso que, de algún modo, está en duda, sobre todo, a razón de que es en esta etapa cuando se dan la mayor parte de abortos espontáneos que, además, han ido en aumento en los últimos años debido a múltiples razones, y que son una realidad cotidiana en el escenario etnográfico que nos ocupa. Cuando la gestación traspasa las doce semanas es como si se hubiera superado el periodo de prueba, es la constatación de que el embarazo va a ir adelante. El hecho de que las interrupciones de embarazo espontáneas sean más comunes durante las doce primeras semanas de embarazo influye en el hecho de que los abortos espontáneos que se dan en este periodo sean concebidos con cierta normalidad por parte del personal médico. Las comadronas suelen explicar que, si bien acompañar a una mujer o una pareja en el tránsito de un aborto natural, especialmente cuando el bebé era esperado y querido, nunca es una situación fácil, cuando la muerte gestacional se da en un estado más avanzado del embarazo, hay un impacto mayor para la mujer embarazada y una mayor complejidad en el acompañamiento que se le proporciona. La asistencia a la muerte gestacional es uno de los asuntos por lo que las comadronas muestran mayor preocupación y, de hecho, desde los espacios de formación interna del hospital era un tema recurrente; aunque en La Maternitat se había ido trabajando en esta cuestión durante los últimos años y se habían elaborado guías de actuación interna, las matronas compartían la opinión de que era un área de atención en la que se hacía preciso, y con urgencia, avanzar para mejorar la calidad de la atención de estos casos. Nótese cómo esto se relaciona con el hecho de que, en algunas entrevistas, el equipo

de matronas señalara la necesidad de invertir recursos en otro tipo de espacios más allá de las salas de parto fisiológico, haciendo explícito que, para poder ofrecer una atención mejor a la muerte gestacional, era imprescindible pensar espacios especialmente pensados para ello a los que poder recurrir.

Es también importante prestar atención al modo en que es pensado el final del embarazo en los discursos de las matronas porque ello está estrechamente ligado a una cuestión que causa variedad de opiniones y cierta controversia, como es cuándo y por qué motivo termina una gestación. En general, existe cierto consenso sobre que la semana 37 de embarazo es el tiempo que precisa el feto para estar biológicamente preparado para la supervivencia y la llegada a la vida. Entre la semana 37 y la 39-40 se establece el periodo conocido como «a término» y es esperable que el parto pueda desencadenarse en cualquier momento de ese paréntesis temporal. Es en la cuestión sobre si intervenir o no para su finalización sobre la que planea el debate dentro del equipo: mientras que un grupo mayoritario considera que es positivo y deseable que el parto pueda desencadenarse por sí mismo, otro grupo más minoritario apunta a que, una vez cumplida la semana 39, no está de más activar estrategias para que se desencadene el parto, si así lo quiere la embarazada, arguyendo, además, que a muchas mujeres la fase final del embarazo les supone una incomodidad notable. Aunque generalmente es compartida la idea de que las inducciones deben reservarse para cuando las gestantes no se han puesto de parto en las semanas 40-41, hay quienes son más partidarias de apurar la espera para que el parto comience espontáneamente mientras que otras consideran que alargarlo puede conllevar problemas para la salud tanto de la madre como, sobre todo, del bebé.

En la fase de gestación, las narrativas apuntan a cierta dualidad en lo que respecta a cómo es pensado el cuerpo gestante de las mujeres. Esta dualidad transita entre la admiración que suscita *la naturaleza*, entendiéndose que el cuerpo femenino está altamente preparado a nivel biológico para la gestación de un nuevo ser humano, y el hecho de que, a pesar de lo anterior, el cuerpo que gesta deba ser vigilado porque también puede presentar, inesperadamente, complicaciones. El cuerpo gestante es un *cuerpo biológicamente preparado* y, al mismo tiempo, un *cuerpo vigilado*. Y es en esta noción de cuerpo que necesita ser vigilado donde se sitúa la justificación de realizar un seguimiento médico con las distintas pruebas que los protocolos de seguimiento médico del embarazo establecen.

Generalmente, el embarazo es proyectado como una fase de plenitud y de alegría por la espera del nuevo hija o hija, en el marco de una gestación categorizada de bajo riesgo en la que no aparecen situaciones imprevistas ni complicaciones mayores. Desde el enfoque de las matronas, la gestación también es un momento de ajuste de los hábitos y del estilo de vida. Para las usuarias que son consumidoras de tabaco, por ejemplo, el embarazo es presentado como una oportunidad para dejar de fumar. Si la salud propia no alcanza a ser un motivo de peso, la presencia del bebé y su salud, alojada y vinculada en el interior del cuerpo materno, debe ser tomado como un argumento de peso para desterrar hábitos entendidos como perjudiciales para la salud.

Según los imaginarios de las comadronas de la Sala de Partos respecto al embarazo, puede establecerse se da cierto consenso en cuanto a que son dos los elementos que caben ser revisados en lo que concierne al estilo de vida. En primer lugar, los meses de gestación son pensados como un momento en el que se hace precisa una adecuada nutrición de la que se beneficiará tanto el bebé como el cuerpo gestante de la mujer; la ingesta de alimentos conceptualizados como *saludables* asegura un adecuado crecimiento del feto. Dentro del contexto de la dieta, el aumento de la ingesta de proteína y mantenerse una hidratación

suficiente son asuntos vistos como especialmente relevantes. Y, en segundo lugar, el periodo de embarazo es representado como un tiempo en el que hay que poder asegurar el descanso, puesto que la falta de él puede derivar en complicaciones tanto para la madre como para el feto. Así como el descanso es considerado un asunto relevante, lo es al mismo tiempo que el cuerpo no se vuelva sedentario, siendo la actividad relativa bien vista por las profesionales.

El enfoque de atención hacia el cuerpo es un rasgo en el que tanto las mujeres como las matronas suelen coincidir: la gestación es un momento en el que lo que está ocurriendo en el cuerpo llama especialmente la atención, sobre todo, a partir del momento en el que empiezan a haber signos de crecimiento en la zona del vientre de la mujer. La cuestión de la preparación al parto, en los discursos de las matronas de este escenario etnográfico, suele aparecer como una práctica beneficiosa por dos motivos: porque, por un lado, es pensado como un espacio temporal en el que la mujer puede tomarse unos minutos para pensar únicamente en el embarazo, dejando a un lado el resto de tareas de la vida cotidiana y, por el otro, como una fuente de aprendizaje sobre el funcionamiento del cuerpo, tanto en el embarazo, como en el parto como respecto a la lactancia materna, después, en el postparto.

Imagen 33. Sesión informativa impartida por una comadrona en La Maternitat. Archivo propio.

En La Maternitat, durante la etapa de trabajo de campo, se ofrecían formaciones múltiples relacionadas con la preparación al parto: sesiones de carácter informativo sobre cómo el hospital abordaba la atención al parto (que solía incluir una visita a la Sala de Partos, para que las embarazadas pudieran familiarizarse con el espacio), sesiones de preparación específicas al «parto natural», así como talleres de esferodinamia (usos y recursos de la pelota de pilates durante el parto) y sofrología (relajación profunda).

En lo que refiere a la dimensión psicológica en la fase del embarazo, de los discursos de las matronas se proyecta una mente que, en cierto sentido, está atravesada por dos tipos de tensiones. Por un lado, se detectan ideas sobre cómo la gestación es una etapa en la que se despierta una suerte de *conciencia* que está vinculada al hecho de la responsabilidad: las madres deben tomar decisiones adecuadas a su estado para proteger al bebé. Por otro lado, es una mente afectada por las hormonas del embarazo, que provoca generalmente en las mujeres un estado de sensibilidad y vulneración emocional mayor que cuando no se encontraban encinta. Se ve aquí cómo la mente se ve influida por la ideal del cuerpo gestante en tanto que *cuerpo hormonado*.

Segunda fase: El parto y el inicio del postparto

De forma parecida a cómo es pensado por las mujeres, para las comadronas de La Sala de Partos de la Maternitat la etapa del parto no es considerada únicamente como el momento del parto/nacimiento, sino que se concibe como una suma de tres subetapas correlativas: la primera empieza con el inicio del parto y supone toda la fase de dilatación, la segunda abarca el parto del bebé hasta el alumbramiento de la placenta y, el tercero supone la primera fase del postparto.

En el marco de esta segunda etapa de la cronografía, la dimensión física del parto se conecta con todo aquello que tiene que ver con cómo es pensado el proceso corporal de dar

a luz. Como ocurría en la primera fase de embarazo, el cuerpo de la embarazada aparece en las narrativas de las comadronas sujeto a una visión dual: por una parte, encontramos alusiones a la noción de un *cuerpo biológico*, el de la madre, capacitado «por naturaleza» para parir, pero de igual modo, se vuelve a proyectar la idea de que es, al mismo tiempo, un *cuerpo sospechoso*. La relación de sentido que une esta dualidad se fundamenta en la siguiente idea: el parto es un proceso *biológico* que debe darse, en principio, sin mayores complicaciones, especialmente en los embarazos de mujeres categorizados como de bajo riesgo, *pero* en cualquier momento pueden aparecer todo tipo de situaciones de riesgo, por lo que, a pesar de su programación biológica, deja entrever que se trata de un *cuerpo sospechoso* al que cabe prestar atención como medida de prevención. En el análisis de los discursos de las comadronas de La Maternitat, era especialmente significativo que esta idea de *cuerpo sospechoso* aparecía muy frecuentemente conectada a las experiencias de las propias profesionales trabajando en una sala de partos de un hospital donde, precisamente, se trataban patologías de todo tipo e, incluso, se realizaban operaciones de los fetos cuando todavía se encontraban gestándose en el vientre materno. Las matronas solían explicar que en la Sala de Partos de La Maternitat habían «*visto de todo*» y «*de todos los colores*» y rememoraban situaciones y casos de partos en los que, en medio de un proceso de aparente normalidad, de repente, surgía alguna complicación y el escenario cambiaba por completo. Esta cuestión resulta particularmente reveladora porque, en cierto modo, abre la puerta a plantear hasta qué punto formar parte de un equipo sanitario que trabaja en una de las salas de parto en la que se tratan las patologías maternofetales de mayor gravedad del país —y del mundo— influye en los imaginarios de las profesionales a la hora de concebir el parto como un proceso plagado de riesgos. Por extensión, también permite cuestionarse si es posible que un modelo de atención al parto con un enfoque más fisiológico y con una voluntad de menor intervención, medicalización e instrumentalización puede realmente convivir en un mismo pasillo y una misma sala de partos con la asistencia médica de casos de alto riesgo sin verse inevitablemente influenciado y afectado por esta otra realidad colindante.

En el caso de los embarazos de bajo riesgo, de los que se ocupan las comadronas de La Maternitat, estas desplegaban toda una seria de prácticas que se activaban, precisamente, con el propósito de salvaguardar los recursos propios del *cuerpo biológico*. Durante la fase de dilatación, por ejemplo, un punto primordial e ineludible en las narrativas de las comadronas era el del ambiente: la mujer que se encontraba transitando el parto era concebida como alguien a quien cabía proteger del mundo exterior; un ambiente de calma e intimidad era visto como una necesidad y un derecho, tanto para la madre como para el bebé. Cabe constatar que, en los registros del diario de campo, la preocupación del grupo de matronas de la Sala de Partos por salvaguardar la tranquilidad de las mujeres que se encontraban de parto era un asunto recurrente. Además, tanto si se trataba de un parto vaginal con anestesia, como un parto fisiológico o un parto instrumentalizado, un ambiente que proporcionara calma era siempre igualmente importante. En el entramado de relaciones que se daban entre las distintas figuras profesionales de La Sala de Partos, las matronas solían actuar como una suerte de guardianas de la tranquilidad de las mujeres que estaban atendiendo y solían ser quienes interpelaban a los demás —médicos, residentes, auxiliares, estudiantes, celadores o personal de limpieza— para conservar un ambiente sereno. En las salas del Área de Dilatación, era habitual también que, durante la fase de dilatación y parto, la intensidad de las luces se suavizara en favor de conseguir ese ambiente de tranquilidad e intimidad.

La cuestión del dolor era uno de los focos en los que se concentraban más ideas y conceptualizaciones en esta segunda fase. El análisis de los datos etnográficos apunta a que, en general, era considerablemente compartida la idea de que los dolores corporales derivados del parto eran comprendidos como una fuente de sufrimiento para las mujeres. En base a esta premisa, el alivio del dolor de las embarazadas era visto como un tema prioritario y central en la asistencia que prestaban a las mujeres que recibían. Si tomamos en cuenta los registros realizados durante el trabajo de campo etnográfico, resulta relevante señalar que, efectivamente, la gran mayoría de las mujeres que se encontraban de parto solicitaban métodos de alivio del dolor, siendo la epidural, a las que el personal de la Sala de Partos se refiere como «*la peri*», la más habitual. A pesar de ello, se hacía igualmente perceptible que, en general, a las matronas les agradaba contar con la amplia variedad de recursos de los que disponían en su área de actuación para aliviar el dolor del parto, como eran: la bañera obstétrica (en la que solo estaba permitido pasar la fase de dilatación, pero no el parto), las compresas y/o apósitos para aportar frío o calor en la zona lumbar, cervical o en la frente o, incluso, las inyecciones de agua estéril (de las que se hacía un uso muy residual). Entre las madres de Barcelona, era sabido que *La Mater* era una de las salas de parto de la ciudad que contaba con bombonas de óxido nitroso, que las mujeres podían utilizar durante el trabajo de parto, autoabasteciéndose ellas mismas a través de las inhalaciones y con supervisión de las comadronas.

El asunto del dolor y las estrategias para aliviarlo eran, en ocasiones, núcleo de debate entre los diversos profesionales que habitaban la Sala de Partos, especialmente en lo que concernía al uso o no de la epidural. Las comadronas, especialmente las más veteranas, solían hacer alusiones a que la epidural, en tiempos pasados, había sido precisamente un reclamo del movimiento feminista y que el hecho de que estuviera disponible para las mujeres, había sido considerado un logro. Las controversias generadas por el uso de la epidural, tanto en el propio escenario etnográfico como en las entrevistas individuales que se realizaron a las comadronas, fueron determinantes para comprender cuál era una de las principales que más incomodidad les despertaban los discursos y los activismos del «parto natural» y que una de las comadronas expresaba así:

> «A mí… a mí me es indiferente si quieres un parto natural o no, si te quieres poner la *epi* o no, de verdad te lo digo… si quieres un parto natural, tenlo… lo que molesta en las tripas, en las tripas te digo, es que se les haga creer a las mujeres… que porque… pues porque se vayan a poner una *epi* van a ser peores madres. Porque… porque no, eso no puede ser, es igual de buena madre la que se pone la *epi*, que la que lo tiene sin nada, que la que tiene una cesárea, la que va a dar la teta como la que prefiere el biberón… esto es así.»
>
> (C., matrona veterana, 55 años)

Es decir, parte de las comadronas interpretaba que el rechazo al uso de la epidural y/o la voluntad de tener un parto fisiológico acababa derivando en una categorización de las madres, en las que la forma en la que hubieran dado a luz establecía una suerte de jerarquía o de competencia entre las mujeres para medir su valía en la maternidad. Y era por esta interpretación, y no tanto el uso o no de la epidural, con lo que se mostraban abiertamente contrariadas.

Tras acontecerse el parto e iniciarse la primera etapa del posparto, las comadronas señalaban como relevantes, sobre todo, dos acciones que puedes ser comprendidas como prácticas que se dan en el dominio de la *dimensión física*. Por un lado, y en la misma línea

que en la cronografía de las mujeres, el establecimiento del vínculo entre la madre y el recién nacido se materializa en la cercanía de sus cuerpos, bajo el paraguas del «método piel con piel». Además de por el vínculo, la justificación de poner al bebé en el pecho desnudo de la madre es fundamentada por «la evidencia científica» y las condiciones favorables que esta práctica aporta al binomio madre-bebé, entre las cuales, las comadronas destacan mejor termorregulación del recién nacido y mejores resultados en el Test de Apgar que, por protocolo, deben hacer al bebé después del nacimiento. Por otro lado, se consideraba prioritario que si la madre tiene intención de dar lactancia materna esta deba iniciarse cuanto antes mejor, motivo por el cual, durante el transcurso de las dos primeras horas posteriores al parto, las comadronas solían dedicar un tiempo a ayudar a las mujeres a que sus bebés *«se cogieran al pecho»*. Si el bebé había hecho una primera toma de lactancia materna cuando él y la madre eran trasladados a planta después del parto/nacimiento, se entendía que la comadrona que los había atendido había realizado «*el trabajo completo*».

En lo que respecta a la *dimensión psicológica*, en esta segunda fase del parto e inicio del posparto, la mente es evocada desde dos perspectivas distintas. Se apela, por una parte, a una *mente racional* que es la que debería guiar las decisiones del plan de parto así como las que van teniendo lugar a medida que avanza la dilatación y el parto. En los discursos de parte de las matronas de la Sala de Partos de La Maternitat, se identifica la idea de que las mujeres deben basar las decisiones sobre el parto en dos cuestiones primordiales: la seguridad de su salud y, sobre todo, la del bebé, y el máximo disfrute posible del momento tan relevante que están viviendo. Se señala que la madre tiene el derecho de tomar las decisiones que mejor se ajusten a sus preferencias, mas se apela a esta *mente racional* para que esas decisiones sean tomadas con *conciencia*, en su acepción más próxima a la responsabilidad, en donde sus deseos no pasen nunca por delante de los derechos del bebé. El trasfondo de esta cuestión recuerda, de alguna manera, aquel *cuerpo escindido* al que Imaz Martínez (2010a) hacía alusión en su etnografía, y en el que el feto adquiere una categoría o estatus de individuo. Resulta interesante, de hecho, que, en los discursos de las matronas, los imaginarios sobre el feto se activan, sobre todo, cuando se están refiriendo situaciones de riesgo o peligro durante el embarazo o el parto mientras que, al mismo tiempo, la figura del feto quede difuminada en un segundo plano cuando se da un contexto en el que la gestación y el parto se dan sin imprevistos ni dificultades. El feto/bebé adquiere visibilidad, así, especialmente cuando su supervivencia está, de algún modo, en entredicho.

En el marco de la dimensión psicológica del parto y el comienzo del posparto, también aparece la conceptualización de una *mente emocional* influenciada por las hormonas y que supone el elemento de principal de vulnerabilidad de las mujeres durante el parto. El acompañamiento emocional al parto, según las comadronas, es uno de los campos en los que más se ha avanzado en los últimos años, sobre todo, a razón de la introducción del nuevo paradigma de atención al parto. El acompañamiento emocional es un aspecto que, en la práctica, se sostiene sobre dos puntos de anclaje: el de las comadronas, por una parte y, el que confiere al padre o pareja, por la otra. Las comadronas se proyectan a sí mismas como una figura legítima para proporcionar a las mujeres que se encuentran dando a luz el sostén emocional que precisen y, mayoritariamente, insisten en que esto es parte «*natural y tradicional*» de su oficio. El debate suscitado por la emergencia de las doulas que estaba teniendo lugar durante el intervalo de tiempo en que se realizó el trabajo de campo, y del que se ha dado cuenta en la primera parte del capítulo, solía tomar presencia en las narrativas de las comadronas justo en este punto. En general, el tema de las doulas solía generar una perceptible incomodidad entre las comadronas, si bien es cierto que

suscitaba un malestar más evidente en el grupo de edad de las comadronas más veteranas. A pesar de lo anterior, el rechazo hacia las doulas tenía lugar más en un plano teórico que en el real. Debe tomarse en cuenta que, en la ciudad de Barcelona, era sabido por las mujeres y las asociaciones de usuarias que, en *La Mater*, algunas doulas tenían el acceso permitido como segundas acompañantes en la Sala de Partos y, por ende, varias matronas contaban con vivencias propias de haber asistido partos de gestantes que, además de por sus parejas, estaban acompañadas por sus doulas. Cuando estas comadronas eran preguntadas por cómo había sido ese tipo de experiencia, no reportaban una mala vivencia de la situación, y señalaban que no se había producido ningún conflicto con las doulas porque estas solo se habían ocupado de las mujeres a quienes hacían de acompañantes. Este asunto resulta especialmente significativo porque supone la detección de cierta discontinuidad entre el relato de incomodidad hacia las doulas por parte de las matronas con las actitudes que finalmente mostraban hacia ellas en la realidad. Y también porque suscita la reflexión de en qué medida los medios de comunicación contribuyeron a generar una imagen distorsionada de la figura de las doulas en el país y, sobre todo, la pregunta de si, en realidad, los supuestos conflictos entre matronas y doulas podrían apaciguarse abriendo espacios, como aquel escenario etnográfico, en donde al darse encuentro el problema de la intrusión podía quedar, al menos, parcialmente disipado.

En el marco de la asistencia al parto, y en particular en lo que refiere a la cuestión del acompañamiento emocional, las comadronas evocaban también ideas sobre el papel de la pareja, que mayoritariamente, correspondía al padre. Entre el colectivo de comadronas de La Maternitat, aunque no se ponía en cuestión el derecho de los padres a estar presentes en el nacimiento de sus hijos (siempre y cuando fuera ese el deseo de la madre), a veces se preguntaban si su presencia contribuía favorablemente al sostén emocional de las mujeres en el tránsito de dar a luz. Cuando estos espacios de reflexión se daban lugar, a veces durante los ratos en los que había poco trabajo o compartiendo el almuerzo en el comedor de personal, las comadronas más veteranas explicaban que, aunque el modelo de padre había cambiado mucho en los últimos años, buena parte de ellos no sabían demasiado bien cómo actuar y su rol, en muchas ocasiones, era bastante pasivo, o se limitaba a ser el de intermediario puntual entre el equipo médico y la mujer. En general, había cierto consenso sobre la existencia de un perfil de «*padre más implicado*», pero que no era el más habitual. Las matronas del turno nocturno relataban, incluso, que en los días en los que había partido de futbol del F.C. Barcelona, si sus mujeres se ponían de parto, los hombres esperaban hasta que acaba el partido para llevar en coche a sus mujeres al hospital asegurando que, las noches de partido, las mujeres llegaban a las Urgencias con el parto más avanzado que el resto de los días, precisamente por esta razón. Las matronas de la Sala de Partos de La Maternitat, asimismo, expresaban sentirse incómodas, incluso enojadas, cuando los padres interferían en el proceso de atención, por ejemplo, no dejando hablar a las mujeres o planteando opciones que visiblemente no eran deseables por las embarazadas. Por todo ello, pese a considerar que, en términos generales, era favorable que los padres pudieran estar presentes durante el parto y el nacimiento de los bebés, las comadronas solían señalar que eran las gestantes acompañadas por sus madres quienes recibían un apoyo emocional más efectivo.

Tercera fase: el posparto

La tercera y última fase de la cronología corresponde al posparto, que, en base al relato de las comadronas, abarca desde la finalización del parto (con el alumbramiento de la placenta)

hasta los cuarenta primeros días después de dar a luz según los protocolos, si bien se considera que este periodo se alarga, por lo menos, hasta los tres meses siguientes al parto.

En esta tercera fase se observan ideas y representaciones, dentro de la *dimensión física*, de un *cuerpo abatido* por el parto que requiere de un especial descanso para poder recuperarse. Dependiendo, además, de cuáles hayan sido las circunstancias en que se haya dado el parto, se evoca también una idea de *cuerpo herido*, cuando se ha requerido de sutura o algún tipo de intervención posterior al parto o cuando el parto de bajo riesgo ha derivado en una cesárea. Las comadronas sitúan aquí un cuerpo al que cabe prestar especial atención y, por ese motivo, ven gran importancia en las visitas de control posparto, que en la mayoría de los casos se trasladan a los centros de atención primaria, fuera ya de las fronteras del hospital. El posparto es concebido por las matronas como un periodo de gran intensidad que, en la tradición médica, siempre ha quedado sin embargo en segundo plano, concentrando el parto la mayor parte de la atención. Esta intensidad que caracteriza esta última fase aparece ligada a la idea de un cuerpo altamente afectado por las hormonas del parto reciente y por las que genera después a causa de la lactancia materna, cuando la mujer elige esta opción. Resulta esperable que, en el transcurso del posparto, este *cuerpo hormonado* vaya gradualmente volviendo a un estado hormonal más equilibrado.

La intensidad de este *cuerpo hormonado*, en los discursos de las comadronas de la Sala de Partos, parece traspasar e influenciar a la *dimensión psicológica*, en donde la mente se encuentra dominada por la intensidad emocional. La mente de las mujeres en el posparto es conceptualizada como una *mente emocional*, menos racional, en que, precisamente por ello, se da una situación de mayor vulnerabilidad psicológica que necesita ser observada por parte de las profesionales. Así, mientras el descanso es entendido como el eje principal de la recuperación física, la preservación de la salud mental materna era entendida como el núcleo de la recuperación psicológica del parto.

7. (IN)CONCLUSIONES

«*I dwell in possibility.*»
Emily Dickinson

Las últimas páginas de la presente tesis doctoral se han concebido con la finalidad de exponer lo que puede considerarse como las conclusiones principales de la investigación doctoral. Como podrá comprobar el lector o lectora, no obstante, aunque existe el propósito de ofrecer respuestas a las preguntas que, inicialmente, motivaron el inicio de la investigación, esta recopilación de pensamientos finales no debe ser tomados únicamente como enunciados cerrados, si no que, en su mayor parte, están ligados a reflexiones e, incluso, a formulaciones nuevas. Es en este sentido que se ha optado por titular el capítulo como «(In)Conclusiones», como un juego lingüístico en el que pudiera quedar expresado un final que no pretende serlo y que guarda, por el contrario, el deseo de dejar las puertas entreabiertas a su continuación.

En base a todo lo anterior, la sección de conclusiones se presenta en dos partes. En la primera de ellas, como muestra anticipada de hacia dónde se han ido dirigiendo mis intereses —y preocupaciones— en relación con el tema estudiado en los últimos años, se presenta el capítulo de libro «Ectogenesis as the diluation of sex or the end of females?», escrito en 2019 junto a Jordi Vallverdú. Y, en la segunda, se recopilan y exponen resultados, meditaciones finales y algunas sugerencias nuevas.

7.1 Ectogenesis as the dilution of sex or the end of females?[95]

A Brief Introduction

Technofeminisms[96] are dealing with new sets of challenges directly related to the possibilities opened by transhumanism[97]. Among the huge list of possible technological advances, we direct our interest towards reproductive technologies, in particular ectogenesis (foetus pregnancy and growth outside a human womb). Although some authors defend the benefits of this technology for the advancement of gender equality (Bulletti et al.,

[95] Capítulo de libro publicado junto a J. Vallverdú en 2019 en *Ectogenesis as the diluation of sex or the end of females*? En: Loh, J. & Coeckelbergh, M. (coords.), Feminist Philosphy of Technology, Berlín, Alemanya, Springer, pp.105-118. (Vallverdú & Lázare Boix, 2019)

[96] The authors want to clarify that the terms "feminism" or "technofeminism", used all throughout this chapter, do not reflect the existence of a homogeneous meaning expressed by a clear community of thinkers but, instead, convey a rich, diverse and even contradictory set of social agents who are being engaged into the debates about human equality beyond (classic) sexual morphologies. Such debates are being held using different or even opposite points of view about a broad range of topics.

[97] Transhumanism (usually abbreviated as H+ or h+) is a philosophical concept to define the process of using new technologies to enhance human intellect and/or physiology. This implies an upgrade or modification of human body that could achieve a permanent nature into a posterior era, the posthumanist. A different concept, "singularity" is also used as a temporal moment in which machines and humans Will reach similar natures, and consequentially is related to transhumanist and posthumanist debates. This later period would imply the abandon of enhancement of previous bodies because they would have been reached a completely new evolution. See Lilley (2012), Ranisch & Sorgner (2015) or Eden (2015) for more a detailed analysis.

2011; Chavatte-Palmer et al., 2012; Murphy, 1989), we want to suggest a radically different scenario: the studies on ectogenesis will not liberate women —once they are not 'limited' by the duties of childbirth (and care)— nor blur gender differences according to evolutionary requests, but they can rather reinforce the current male gendered dominance (Aristarkhova, 2005; Coleman, 2017; Smajdor, 2007). A study of the situated nature of existing studies and experiments on ectogenesis, as well as a study of the current clashes between the possibilities offered by technology and the more probable biased outcomes will offer us a sound background to think about the limits of technological transformation that are directly related to social pressures, rather than to a «natural or rational outcome» in relation to such technologies. Despite the fact that from a biotechnological perspective embryos have been created without fertilisation by sperm nuclei, consequently eliminating the need of males for reproductive purposes, more intense efforts are being invested into extra womb pregnancy. Biotechnologies, and especially those related to reproductive tasks, are being gendered biased, following a tendency also present into AI and robotics industries and researches (where assistant roles are always ruled by 'female characters'). At some point, the lemma of xenofeminists of «Gender abolitionism» (Cuboniks, 2018; Hester, 2018) can become true… but could this abolition to imply the emergence of a neutral gender which true essence was a male reference (for example at bodily level)? Under such scenario, the dilution of females under an over-dominating male-society, thanks to technology, would create a specific scenario: males would not need women for reproducing new human beings. Could it mean the end of the existence of females (as humans able to be pregnant and to give birth), or even a definitive undervaluation of female's ancient roles in favor of a new male prototype?

1. Transhumanism, Singularity and Ectogenesis: why it is not in the Agenda?

Although xenofeminists theoreticians published their manifesto in 2015 («Xenofeminism: A Politics for Alienation») and was released recently a book on this topic (Hester, 2018), the blatant truth is that in current worldwide debates on singularity or transhumanism the related debates about feminism are mostly neglected or completely residual. It is not surprising if we take into account an obvious fact: gender issues are still not included among the most 'hot topics' for philosophical researches, nor have they been historically part of the academic interests. The human being has been historically conceptualized in Western and Eastern traditions as a male subject, with no biological constraints at his essential nature: a divine being with a pure soul. Even the cognitive approach, more embodied and naturalized, has considered an apparently neutral notion of human cognition not close to the real differences easily found in actual scenarios but at the same time far from the crucial aspect of human life: the skill to reproduce ourselves, a process that marks and determines much bodily and social behaviour. As happened in the past, when the female body was completely neglected (Mangham & Depledge, 2011; Schiebinger, 1986), the appearance of it is only related to reproductive processes. This androcentric bias can be traced through Renaissance medical textbooks, like Vesalius' De humani corporis fabrica libri septem (1753), up to our days.

Contemporary utopias about the human future are not postgendered but, again, male-centered, using this privileged body as a framework for the technological or engineered extension or upgrade. The male archetypes are also expressed and debated mostly by male participants, especially dominant in the

fields of technology. Also, very curiously, technofeminisms have been debating crucial aspects of reproductive techniques as one of the leading topics, basically because they particularly affect current (and future) female bodies, as well as all the politics related to them. In a nutshell: reproduction is not in the agenda of cutting-edge researches on utopic or dystopic human scenarios, although it is obviously the key aspect for the possible revolution of human evolution. The basic way of creating new humans is directly related to reproductive processes, now closer to a complete control of their processes under technological manipulation.

2. The Definition, History, and Debates on Ectogenesis

Ectogenesis (from the Greek *ecto*, outer, and *genesis*, origin) is the artificial reproduction outside the female body (O'Reilly, 2010, p. 324), and this word was introduced in 1883 by a paper on pathogenic anatomy to describe bacteria that reproduce outside the body. Nevertheless, this is not the reason for its success, which is rather its use by scientist J.B. Haldane. In 1924 he published an essay *Daedalus, or, Science and the Future*[98] in which he explained ectogenesis and in vitro fertilisation, a work that was an important influence on Huxley's Brave New World (1932). Although Haldane was a multitalented scientist, some of the ideas of this essay are just mere speculation or mere cultural bias. Not only did he described the great challenge for humanity in relation to ectogenesis, but he also described a key aspect of human evolution, that is, the active selection of men for women through the latter's faces and beauty (avoiding Paleolithic «fat» archetypes). Interestingly, there is an underlying contradiction between Haldane's strong support of human enhancement and techno-evolution and the basic technological aspects related to human evolution. For example, he describes the domestication of animals for consumption as indecent: «Consider so simple and time-honored a process as the milking of a cow. The milk which should have been an intimate and almost sacramental bond between mother and child is elicited by the deft fingers of a milk-maid, and drunk, cooked, or even allowed to rot into cheese. We have only to imagine ourselves as drinking any of its other secretions, in order to realize the radical indecency of our relation to the cow»(Haldane, 1924).

Haldane received replies during that decade from several intellectuals from a broad range of disciplines. Anthony M. Ludovici, a nietzschean philosopher, wrote a book(Ludovici, 1924) in which he argued against ectogenesis, because it was part of a feminist plot against natural and therefore necessary duties of women (pregnancy and reproduction), as well as its implying the emancipation of women from the domestic sphere and even possibly from their dependence on men (on a social and sexual level). These worries about the perils of women's emancipation for the sake of the maintenance of the social order had also been previously defended by neurologists like Paul Julius Möbius in his infamous book On the Physiological Idiocy of Women, published in 1900. Some replies supported the idea of ectogenesis as a way to help infertile women or to avoid for the healthy ones the gestation problems and duties (Haire, 1927). Following a mechanistic approach embedded with the new posthumanist visions, biochemist J.D. Bernal gave his support to the

[98] Accessed: March, 28th 2019: https://ia800408.us.archive.org/19/items/Daedalus-OrScienceAndTheFuture/daedalus-haldane.pdf

replacement of malfunctional bodies with efficient machines, in this case, wombs (Yuko, 2012). Other voices, like poet and pacifist Vera Brittain, defended natural pregnancy because of the health perils for the child gestated in artificial wombs (Brittain, 1929).

During the next 4 decades, debates on these topics were scarce. At the beginning of the 70's, many prominent intellectuals took up the topic again. The main cause was the fundamental and radical book of Shulamith Firestone, The Dialectic of Sex: The Case for Feminist Revolution, published in 1970. Firestone considered that not only feminists led their fights against heteropatriarchy, but against the bodies of women, too: the oppression against women has not only cultural roots but also biological ones. One fact, reproduction, was at the backbone of all disadvantages of women, and it should be solved by using technology — especially ectogenesis. Only when freed from birth and care duties could women be equal and decide without pressure over their own paths . This implied the end of the classic understanding of the family. This sharp attack on classic Western parenthood or kinship schemas (which reproduce scalable hierarchical social structures) and on the female bodies was received with great controversy (Merck & Sandford, 2010). The disagreement of feminists over the female body can even be found in authors like Simone de Beauvoir, who created a new philosophical space for the phenomenology of gender or sex, because, up to her work, the human being was idealized as a simple and unified being, obviously under a male stereotype. From this male perspective, men were labeled as «normal», «positive» or «good» while the woman was relegated to taboo because of her reproductive capacity and menstruation, the latter is still by some women sometimes referred to as «the curse». Since the menarche, or the first menstruation, de Beauvoir explains, women perceive their bodies as dirty, inferior, because of the bad smell of the 'impure' blood, as well as because of the social (male-guided-orientation) disgust towards it. Nevertheless, she explores at the beginnings of the first chapter the origins of humanhood: «As for ordinary women, pregnancy, giving birth, and menstruation diminished their work capacity and condemned them to long periods of impotence; to defend themselves against enemies or to take care of themselves and their children, they needed the protection of warriors and the catch from hunting and fishing provided by the males. As there obviously was no birth control, and as nature does not provide woman with sterile periods as it does for other female mammals, frequent pregnancies must have absorbed the greater part of their strength and their time; they were unable to provide for the lives of the children they brought into the world» (De Beauvoir [1949], 2010 p. 97). There is a critique of the heavy duties of women: «But pregnancy is above all a drama playing itself out in the woman between her and herself. She experiences it both as an enrichment and a mutilation; the fetus is part of her body, and it is a parasite exploiting her; she possesses it, and she is possessed by it; it encapsulates the whole future, and in carrying it, she feels as vast as the world; but this very richness annihilates her, she has the impression of not being anything else. A new existence is going to manifest itself and justify her own existence, she is proud of it; but she also feels like the plaything of obscure forces, she is tossed about, assaulted. What is unique about the pregnant woman is that at the very moment her body transcends itself, it is grasped as immanent: it withdraws into itself in nausea and discomfort; it no longer exists for itself alone and

then becomes bigger than it has ever been» (De Beauvoir [1949], 2010, Chapter 6, The Mother)[99] Even being aware that such oppression can be produced and transmitted by heteropatriarchy, the root of such disadvantage in a competitive society is the differences between males and females in terms of bodily investment at reproductive level (Shefer, 1990).

As an example of such gendered biases into scientific analysis we need to consider the recent inclusion in 2013 of premenstrual syndrome (PMS) and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) into the canonic psychiatric book Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM—5) (Epperson et al., 2012). In the book it is said that «after careful scientific review of the evidence, premenstrual dysphoric disorder has been moved from an appendix of DSM-IV («Criteria Sets and Axes Provided for Further Study») to Section II of DSM-5» (op.cit., p. 155), in order to analyze something that is estimated considering «twelve-month prevalence of premenstrual dysphoric disorder is between 1.8% and 5.8% of menstruating women». It implies to consider that at this very moment between 34 and 109 million of women are suffering from a mental disease because of their menstruations; something unbelievable, that even reinforces the old classic bias against the cognitive properties of women during their fertile days which was recently dismantled by (Sundström Poromaa & Gingnell, 2014).

During the same period, empowerment of women about their roles and value increased as we can find into the work of Carol Gilligan In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development, from 1982. She considered both classic ethical schools (deontology and consequentialism) male-centered while there was a feminine option: the ethics of care, though the morality of empathic caring, which can be seen as a reformulation of the already existing idea of moral sentimentalism, but now under feminist glasses. Related to these ideas, ectogenesis was then studied as a technology that could prevent the creation of bonds between parents (especially mothers) and their kinship. This approach was slipping dangerously into a new form of essentialist naturalism which stated that only real or genuine care bonds could be created between natural-born kids and their mothers, something that excluded adopted kids from this process (for example in classic heterosexual couples or single-parent male families), among a large list of possible baby-adults relationships observed elsewhere in human societies and described as nurture kinship (Holland, 2012)[100]. Anyhow, it is clear that at the core of human social evolution care and cooperation are the fundamental glue of such collective complexity (Axelrod & Hamilton, 1981).

The influential Warnock Report of 1984, says about ectogenesis, at page 72: «We appreciate why the possibility of such a technique arouses so much anxiety. There are however two points to make about this. First, such developments are well into the future, certainly beyond the time horizon within which this inquiry feels it can predict. Secondly, our recommendation is that the growing of a human embryo in vitro beyond fourteen days should be a criminal offence».

[99] Italics are ours, and capture the reluctant perception of some feminisms towards the female body in relation to reproductive processes, something placed into first position of feminist debates by Firestone.
[100] For example in polyandric as well as in polygamous societies.

It is very sad to see that the 14-days rule has only a religious background, not a scientific one (Cavaliere, 2017; Vallverdú & Delgado, 2009), and reproduces such bias in legislation. Taking into consideration a more comprehensive analysis of ectogenesis, Singer and Wells published in 1985 the influential book Making babies: the new science and ethics. Elegantly they summarized the state-of-the-art using five reasons for and five objections to ectogenesis, always having in mind the moral debates and argumentation. At the end of the 80's and the beginning of the next decade some authors (such as Murphy, 1989) asked, from a more cautious approach that took into account how ectogenesis could force us, to rethink women's relations to pregnancy. For example, Cannold (1995) assumed that ectogenesis would become something positive because it would reduce the amount of abortion. The argument was extremely weak, because it is clear that abortions were already present as well in surrogate processes (D'Aversa, 1987), and nothing except explicit laws could make unfeasible to cancel an ectogenetic process if the implied agents would ask for it (monetary problems, death, divorce, general crisis, severe illness, change of view, spontaneous abortion, and the like). Some countries like Spain even regulated ectogenesis as early as 1987 despite of the absolute technical impossibility of Ectogenesis[101].

But for several authors of the next decade, like Mary O'Birne, Adrienne Rich or Andrea Dworkin, ectogenesis was not the freedom panacea but, again, the unification of male-centered and controlled medicine over women's rights and power. New reproductive techniques were even perceived as being oriented towards solving primarily the male problems or rights to the obtaining of kids (Becker, 2000). Robyn Rowland even talks about a conspiracy of men against women because of their jealousy of women's reproductive power (Rowland, 1992).

The last and more comprehensive approach to ectogenesis was released in 2006 after the publication of a very comprehensive book on the topic (Gelfand & Shook, 2006), with a diverse and rich set of contributions, and among them we can find a review of the early ideas of Singer & Wells in 1984.

3. The State of Ectogenesis and Supportive Reproductive Techniques

The first scientist who claimed to create human life in a lab was the alchemist Paracelsus in the 16th century. In De natura rerum (1537) he describes his method for creating small men or «homunculi», something obviously false. John Hunter wrote the first report of artificial insemination in medical literature in 1790, treating a male patient with severe hypospadias (a congenital disorder of the urethra where the urinary opening is not at the usual location on the head of the penis). Hunter advised him to collect his semen in a warmed syringe and inject it into his wife's vagina (Ombelet & Van Robays, 2015).

Before we talk about the more recent debates, we'd like to refresh some data about the history of researchers implied into the emerging field of artificial reproduction. An obvious fact can be stated: moral and religious values always present in the discussion of reproductive events. As an example of it, we would like to remind the reader of the moral furor against anesthesia in childbirth which arose

[101] According to the published Law at BOE 31/10/1986 – 122/000062 – Art 20: «B) Son infracciones muy graves (...)) La ectogénesis o creación de un ser humano individualizado en el laboratorio.» [Are serious faults: ectogenesis or laboratory creation of an individual human being].

in 1846. After Dr. James Simpson began to administer anesthesia, Christian followers, among them several physicians, argued that the Bible required a painful process (Genesis 3:16). In 1849, the editors of one of Canada's medical journals asked Abraham De Sola, Canada's first rabbi, to give his interpretation of Genesis 3:16 making a long analysis of this Bible paragraph, concluding that there was a way to justify anesthesia in childbirth (Cohen, 1996). James Marion Sims, one of the fathers of gynecology, who perfected his surgical techniques by operating without anesthesia on enslaved black women, also made the first artificial insemination, originally called «artificial fructification», «artificial fertilization», «artificial fecundation», and «artificial impregnation» (Davis & Loughran, 2017). According to his records, he performed 55 «artificial fructifications» requiring a «uterine injection» on six patients at his renowned Woman's Hospital in New York City, one of them even successful although the patient later miscarried (Sims, 1884). Moral critics against such medical practices made difficult their implementation and normalization. Walter Heape performed rabbit embryo transfer experiments between 1890 and 1897 (Heape, 1891).

During the 1930's and 1940's some authors tried to study mammalian oocytes and exposed them to spermatozoa with (Menkin & Rock, 1948; Pincus & Enzmann, 1935). In 1966 some preliminary results about fertilizing human oocytes in vitro were reported (Edwards et al., 1966). After the 1950's creation of pioneering oocyte induction by hormonal or chemical treatment, ICF was successfully deployed in the late 1970's (Steptoe & Edwards, 1978) and in the 1990's was developed intracytoplasmic sperm injection (ICSI).

Meanwhile, in 1958, ectogenesis achieved new results with Westin, Nyberg, and Enhörning, who were the first to describe an extracorporeal perfusion system for human foetuses, and seven years later, in 1965, scientists tried unsuccessfully to connect the umbilical vessels of lamb foetuses to an oxygen exchanger, inside an arterial-venous system (Callaghan, 1965). In 1970, with the invention of the ECMO technique (for Extra Corporeal Membrane Oxygenation) some researchers maintained sheep foetuses alive for 55 hours (Doppman et al., 1970). With all the mass media interested on such advancements, the birth of Louise Joy Brown in 25 July 1978 (weight 2.608 kg) became a fundamental moment in the history of humanity, because she was the first human to have been born after conception by in vitro fertilisation, or IVF. The several miscarried embryos necessary for obtaining her was also topic of intense debates (Squier, 1994).

Again, working on ectogenesis, a Japanese team, led by Yoshinari Kuwabara, used artificial placentas inspired by ECMO as well as extracorporeal oxygenation in their incubator. These were the first successful experiments to keep a goat foetus alive for 165 hours (Kuwabara et al., 1987), while the second was alive for 236 hours (Kuwabara et al., 1989). Interested in support for newborns, Prof. Kuwabara was also a leading investigator on hormonal and chemical aspects of breast milk (Takeda et al., 1986) and during the next decades he would made important contributions to ectogenesis.

After Louise Brown, the second historical benchmark was a sheep: technical advances made possible in 1996 the first cloned mammal, a sheep called Dolly. She was cloned from an adult somatic cell, using the process of nuclear transfer, and that success was received with worldwide interest (Brem & Kühholzer, 2002).

Meanwhile at Temple University, Dr. Thomas Shaffer created an artificial amniotic fluid for lambs (Shaffer et al., 1996), and other advances made at Leeds were small steps towards human ectogenesis.

At the very beginning of the 21st century, Professor Hung-Ching Liu at Cornell University's Center for Reproductive Medicine built an artificial womb and grew a mouse fetus to nearly full-term in it, and also experimented with human zygotes. She ended the experiment after 10 gestation days because of the 14-days rule (Carlston, 2008). Since then she has been growing endometrial human tissue and checking future possibilities. In 2012, Japanese researchers were still making advances in artificial placenta (Miura et al., 2012, 2015), basically interested in improving preterm survival and decreasing neonatal mortality. In 2017 was created an improved artificial womb, a «biobag» that obtained better animal testing results (Partridge et al., 2017). As the authors stated: «Here we report the development of a system that incorporates a pumpless oxygenator circuit connected to the fetus of a lamb via an umbilical cord interface that is maintained within a closed 'amniotic fluid' circuit that closely reproduces the environment of the womb. We show that fetal lambs that are developmentally equivalent to the extreme premature human infant can be physiologically supported in this extra-uterine device for up to 4 weeks».

After that milestone, later research has been exploring the future of ectogenetic reality (DeVoss, 2019; Wajcman, 2004), and recently, in March 2019, the survival of a preterm baby born at the 24th week with a weight of only 268gr are examples for the positive correlation between such laboratory advances and the improvement of neonatal health results.

4. Ectogenesis, Feminism, Technofeminism and Xenofeminism: from Utopia to Dystopia and Back?

Ectogenesis has been a topic of debate among specialists in ethics and medical ethics as well as among feminists thinkers or ethicists. Technofeminisms (DeVoss, 2019; Wajcman, 2004) have been focused on technological aspects of women liberation, and thanks to the work of Donna Haraway (Haraway, 2013), the technofeminisms have been explained around the idea of cyberfeminism (Matrix, 2001) and the idea of the cyborg (Puente, 2008). Basically, these feminisms are WASP feminisms that are even open to see the differences among the feminist discourses as «peripheral». The main debates about this topic have been controlled by WASP philosophers working in rich countries while feminists living in poor countries have not been interested on the importance of such debates. In that sense, the feminist approaches to technological utopias or dystopias (and ectogenesis is a fundamental hot topic of these conceptual frameworks) are clearly far from being intersectional or decolonial.

The youngest version of such technofeminisms is xenofeminism (Hester, 2018)[102], and they radically blend DIY actions (as with Del-Em), cyberfeminism, posthumanism, accelerationism, neorationalism, materialist feminism. Their call for a new thinking, abandoning any possible hybrid politics that could be inherited from

[102] Rejecting the claim that science and technology are inherently masculine or patriarchal, Xenofeminism looks at attempts to repurpose technology to liberate women. Xenofeminism stresses that the forces of technology – like any given individual – do not operate in omnipotent isolation but within a complex web of power dynamics.

the biopolitics of the cultural traditions. Perhaps it resembles the nietzschean notion of the «Übermensch», but adding the technological flavour. Just for this reason xenofeminism does not really offer an intersectional approach, but even in this case their conceptual contributions are extremely interesting. After their 2015 manifesto (by the Laboria Cubonicks working group), they have tried to see through technics and feminist glasses, but without inheriting most of such classic ideas. For example, they are anti-naturalist, as well as gender abolitionists, exploring the possibilities that new technologies provide to human beings. Obviously, they borrow some of their ideas from Firestone, and in that sense consider ectogenesis as the perfect way to liberate women (or men, or whatever the choice or creation, as Hester, 2018, p.31 says «Let a hundred sexes bloom!»; reformulated by Open Source Gender Codes) from birth and care. Despite xenofeminists agreement with ecofeminists, who consider techno-science as a patriarchal/anti-nature/colonial activity, they reject the idea of the necessity of the female body in relation to reproduction. The new technologies should be glued by a xenofeminist sisterhood idea that we consider somehow naïve: why should posthuman or transhuman beings feel themselves part of the same domain? Why cooperate after that moment between us? Besides nice words or wishes, are there some ideas from the cognitive sciences and from the anthropological studies that should be part of this debate: how do we create identity? How can kin be conceptualized or even used to intensify the difference instead of the equality? How do our minds learn from other beings and try to imitate them? The difference can be refamiliarized, it is true, but not without cost. One of the possible outcomes is the loss of empathy. To talk about «solidarity with the alien» (op. cit., p. 66) is provocative, but empty. Why should we solidarize with the Other? Is it an emotivist approach to reality (using different bodies, we can enter into a post-cognitive and post-emotivist scenario, completely different, Vallverdú 2017)? Vegans solidarize themselves with cows but anyhow they kill lettuces, defining special ethical thresholds for the validation the murder of living systems murder for feeding purposes. This is an example about how solidarity among beings or species can be modulated according ad hoc rules. And only somebody without knowledge about plant cognition and feelings would say that plants are just things (to-be-eaten).

Even taking into account the huge capacity of human beings of putting themselves into another one's shoes, perhaps we are not truly open to accept any choice, basically because some choices can be harmful or not so advantageous for us. Our socio-embodiment regulates our affordable access to the notion of the «other». It is curious to see that technofeminisms, like that of Firestone, tend to see technology as a relief or motor of change, as the herald of equality, always from a utopic perspective[103]. But what if these technologies were the definite set of tools for keeping safe the heteropatriarchy or some variations of it? Whatever the choice we do, it is beyond any doubt that the role of ectogenesis will be crucial for the evolution of humanity.

[103] We could define such feminisms as "techno-euphorical feminisms". We can find good studies of this trend in (Layne et al, 2010). On the other hand a critical approach to gendered technologies can be found at feminist theory and science and technology studies. Judy Wajcman (Wajcman, 2004) explores the ways in which technologies are gendered both in their design and use. At the same time, she shows our very subjectivity is shaped by the technoscientific culture of the world we inhabit.

5. The Epidemiology of Ectogenesis

Although we can affirm that medical practices have historically maintained a form of male control over women, and that reproductive technologies have been oriented towards the male help in detriment of women's welfare, ectogenesis has been the result of two opposite but connected technologies: first, how to help couples (yes, couples, not single or single-parent families) to become fertile, and second, how to help preterm babies to survive. In a nutshell: how to get into the womb and how to get out from it (even prematurely) as safely as possible. Once physicians were able to control the extrauterine fertilization as well as save more preterm babies (23 or 24 gestation weeks is currently the minimum) the obvious question was there: can we do the full process extrauterinely? Surely the answer is «yes» and the success of such process is only a question of time and technological and theoretical advances. Therefore, we can affirm that ectogenesis fills the gap between current reproductive techniques and preterm care.

Anyhow, the question here is to think about the *epidemiology of ectogenesis*[104] from a complex or holistic point of view. Two brief preliminary questions: a) are assisted reproductive technologies successful at the moment? and b) which are the health consequences of being born preterm?

The answer to the first question involves considering several variables such as age, health status, use of donor or personal genetic materials, use of fresh or frozen genetic samples, number of cycles, implantations, as well as techniques (DI, ICSI, IVF, GIFT, ZIFT, ET SET)[105]. Even for the best case (healthy, fresh samples, young), the success ratio is less than 20%, decreasing considerably for older people. Because of the difficulties and high economic costs, these technologies are still prohibitive to majority of citizens in the world. On the other hand, preterm babies suffer from high levels of mortality or morbidity problems, because, as WHO informs us, around 1 million preterm babies die each year, and those babies who survive can face lifelong physical, neurological or learning disabilities, often at great cost to families and society[106].

The combination of failures before fertilization and problems during gestation are still too great at to consider ectogenesis as a viable technology in the near future. Besides, other factors, such as cognitive (inside the womb, see Oitzl et al., 2000; Olza Fernández et al., 2012), affective (intense biochemical bond with the mother), and care are still not completely known. For example, after decades of pressure towards the consumption of formula, neonatal institutions now request human breast milk for the nourishment of the preterm or IUGR (Intrauterine growth

[104] As epidemiology can be defined as the study and analysis of the distribution (who, when, and where) and determinants of health and disease conditions in defined populations, it is possible to consider how ectogenesis can affect health or even produce diseases. For a causal approach to epidemiology we quote Vallverdú (2016).

[105] 10 Check the websites of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC): https://www.cdc.gov/art/artdata/index.html and especially https://nccd.cdc.gov/drh_art/rdPage.aspx?rdReport=DRH_ART.ClinicInfo&rdRequestForward=True&Clini cId=9999&ShowNational=1for a detailed account of such variables and USA data. Accessed March 31st, 2019.

[106] See the World Health Organization website: https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/en/, accessed March 31st, 2019.

restriction) babies. The quality of human milk is so important that despite all attempts it is still not possible to synthesize it in labs (Anderson et al., 1999). The obvious therapeutic value of skin-to-skin techniques (kangaroo method, Feldman et al., 2002; Moore et al., 2016) are also fundamental but not explored across ectogenetic literature.

Hence, the biochemical mechanisms related to life emergence that happens in women's bodies during egg maturation, fertilization, implantation, embryo maintenance, delivery (the bacterial transfer through vaginal delivery, but not in C-Sections), or nourishment are of the highest complexity and are still not completely understood. Therefore, over-simplistic approaches to ectogenesis could harm babies rather than making childbirth safer.

Some classic critics to ectogenesis define it as a technology that could undermine some notions of womanhood (Singer & Wells, 1984) as the ectogenetic caregivers would be unnatural. Some authors like (Jeremiah, 2006) think that the process of mothering could be preserved despite of the gender the caregiver (a male, a female, a new gender), but even in that case this process of care should be inspired into the female model produced by natural evolution (Ruddick, 1989).

Some thinkers even point out that at that moment lesbians could or should reclaim for themselves the ideal of motherhood and family (Calhoun, 2002). This could be done obviously using a naturalistic and medical analysis of binomial mother-baby coupling, but without entering into the essentialist ideas found in ecofeminism, also embedded with a religious understanding of the human body (as something sacred and wise, but also idealized at the level of maternal behavior: in nature, several spider species practice matriphagy —babies eat their moms after the eclosion— or some spiders, such as Pholcus phalangioides, will prey on their own kind when food is scarce). For chimpanzees, motherhood can be possessive and aggressive with respect to their offspring (Troisi & D'Amato, 1984). Natural motherhood has plenty of 'grades of grey'.

It is neither true that the loss of ancestors' lineage through ectogenesis (to whom would the baby's genetic data belong or is the company-brand in charge of the process?) would damage these babies, as Leon Richard Kass says (Kass, 1979): Piraha tribe do not have numbers in their language and this affect their impossibility of having history as well as of lineage interest (Everett, 2005). Nevertheless, they have social bonds and are successfully solving complex human interactions without trauma. Finally, we cannot forget the universal existence of rites of passage related to birth as a fundamental aspect of human existence (Artschwager Kay, 1982; Selin & Stone, 2009). Such rituals fulfill both an individual attribution of meaning as well as provide social reproductive structures. Hence, debates about ectogenesis should think about such rites that capture a fundamental social moment: birth. Humans do not see themselves as just «being produced», but the discourses about birth provide us a personal and untransferable meaning within a human group.

6. Final Conclusions

Ectogenesis is still far from being a reality but current techno-scientific advances give support to the feasibility of its future existence. The cultural and economic aspects behind the research justify a cautionary approach to the possible outcomes of such technology. The consequences can affect individuals such as the

babies or the mothers, as well as the societies of our planet. If it is applied, our notions of parenthood, kinship, motherhood, humanity or natural will be completely transformed. In fact, some classic institutions like the family have already been critically affected by new informational pressure (Castells, 2004). If current inequalities are just transferred to another level of complexity, then the opportunity of changing things will be missed (again). If reproduction becomes male-centered, thanks to these techniques and some other still to be created[107], then this is a bad scenario.

We look at the arguments of Godelier (2004, p. 496): «assigning women, but also men, distinct tasks, undervaluing women's tasks and overvaluing men's, giving women a minor role in or excluding them from the rites supposed to reproduce the cosmos and life itself, excluding them, in sum, from access to the most spiritual powers[108], are all processes applied in every area of social life and which engender and continually increase the distance and the social inequality between men and women», and apply them to the new horizon of a world in which reproductive techniques are controlled by males or male-inspired human beings: the rich and specific bonds between humans can be completely changed, with a severe loss of the natural and instinctive connection between females are newborns.

On the other hand, all changes will release unexpected outcomes for which surely we do not have answers, yet. One thing is clear: medical safety for mind and bodies must be assured to the newborns. Not blocking precautionary principles should be applied here if enough lab evidence has been obtained. But common-sense applied to the most important aspect of our species, reproduction, is not an easy task.

Gestation is an intrinsically female capacity, a life and experience domain still reserved for women, where men have no access or presence in the first person, which leaves them in some way in a situation of disadvantage compared to women. From this point of view, it is easy to imagine that, in fact, the main interested ones on the existence of artificial uterus are men (as well as on strange devices for breastfeeding and the legalization of surrogates uterus for rent), because disassociating the gestation of the woman's body would be a break in the order of things that would serve them to conquer a vital space for mankind that has so far escaped control, to be under that of women. Taking into account the multiple attempts of male domination over intrinsically feminine processes, as has already happened with the control of pregnancy and childbirth through biomedicine, in the West, since the nineteenth century the obstetrics had passed to be in the hands of medical men, considered since then «experts», to the detriment of the historic role of the midwife. Consequently, it is not unreasonable to imagine that a generalization of the use of artificial uterus would directly result in kidnapping and the extinction of biological motherhood, in all its potential, since then under the domination of

[107] See the Dentsu nursing assistant for breast feeding, [http://www.dentsu.com/business/showcase/sxsw2019.html] (accessed March 31st, 2019), is an opportunity for co-parenting and feeding or a thread for women if men decide that it is a valuable and fundamental aspect with social recognition? Historical "female occupations" like nailing or cooking were then headed by men when they become artistic forms with huge economic revenues.

[108] She refers to political-religious powers that undervalued women's skills for the participation into the social action, summarized under the German motto "Kinder, Küche, Kirche" (Kids, Cooking, and Church), (Godelier, 2011: 497).

men, and no longer of women. This situation would clearly make male enhancement better for a process like gestation, but the same would not happen with women, who would have stolen a capacity and power that was just theirs.

Finally, from an evolutionary perspective, all living systems are still under evolutionary pressure, and therefore humans are not a final product but an ongoing project. In that sense, ectogenesis is a new possible step (not just a technique, because it implies a change of human reproductive paradigm) that goes beyond any essentialism and consequently will be blurred with genetic engineering, synthetic biology, robotics or artificial intelligence, the contemporary key aspects of our species organization. Humanity has become humanity thanks to our technical skillfulness: creating tools, machines, languages, ideas, heuristics or even successful social cohesive as moral gods (Purzycki et al., 2016; Whitehouse et al., 2019). At the same time, we cannot uncritically trust future technologies because they are socially driven and, consequently, reflect specific values and interests that are far from neutral. There is not a historical arrow that forces us to accept ectogenesis. The technological dictatorship is also a cultural essentialism.

Acknowledgements
Prof. Vallverdú research has been funded by a) the Ministry of Science, Innovation and Universities within the State Subprogram of Knowledge Generation through the research project FFI2017-85711-P Epistemic innovation: the case of cognitive sciences; and, b) the consolidated research network «Grup d'Estudis Humanístics de Ciència i Tecnologia» (GEHUCT) («Humanistic Studies of Science and Technology Research Group»), recognised and funded by the Generalitat de Catalunya, reference 2017 SGR 568. Researcher S. Boix has support from GRAFO.

7.2 Resultados

7.2.1 De los escenarios etnográficos del parto y el nacimiento digno en Barcelona

Sobre los usos terminológicos
La temática sobre la que ha versado la investigación doctoral viene acompañada de un amplio corpus terminológico alrededor del fenómeno sociocultural del parto y el nacimiento en Barcelona. Por un lado, esto da muestra de la diversidad de usos terminológicos que se emplean en los escenarios etnográficos, pero, por el otro, cuando se pone la lupa sobre ellos es posible, también, captar toda una serie de problemáticas. Muy a menudo, en estos espacios, el parto aparece conceptualizado como «natural», «normal», «humanizado», «respetado», «fisiológico» como si fueran sinónimos. Pero es necesario prestar atención, sin embargo, a que tienen significados diferentes y su alcance operativo no es el mismo.

Guardan una estrecha cercanía semántica, por ejemplo, el parto «fisiológico» y el parto «natural», que, como ya señalaba Blázquez (2009), son empleados como antónimo de lo parto «medicalizado». Ambos se refieren, desde un punto de vista técnico, al parto «vaginal», pero nótese cómo, a pesar de ello, el parto «vaginal» es únicamente «fisiológico»

o «natural» cuando no es intervenido, pero puede darse el caso de que un parto «vaginal» sea «medicalizado», cuando se hace uso de anestesia, o «instrumentalizado», cuando el equipo médico utiliza herramientas como los fórceps o el vacuum para ayudar a la extracción del bebé.

El parto «respetado» o «humanizado» tienen, por su parte, un significado prácticamente simétrico y en su campo semántico y su alcance se encuentran integrado un enfoque en donde están incorporadas las cuestiones más de orden bioético. La controversia empieza, precisamente, cuando el parto «respetado» o «humanizado» es utilizado con un sentido igual que el parto «fisiológico» y el parto «natural», porque de alguna forma se desprende la idea de que un parto únicamente puede ser «respetado» o «humanizado» cuando es un parto «vaginal». Ante esta problemática puede resolverse que mientras el parto «fisiológico» y el parto «natural» son siempre partos «vaginales», el «respetado» o «humanizado» no designa un tipo de parto en concreto y, por tanto, puede ser tanto un parto «vaginal«, como «medicalizado», como «instrumentalizado», incluso una cesárea, siempre y cuando las decisiones médicas estén justificadas por la evidencia científica y se haya procedido asegurando el derecho a decidir y de participar de la embarazada, y el mantenimiento de su integridad tanto física, como psicológica y emocional. Es en este marco en el que toma sentido, también, el concepto de «cesárea humanizada».

Pero para la mirada de la etnógrafa, probablemente, la mayor problemática se encuentra en el concepto de parto «normal» empleado, sobre todo, en los protocolos. En su etnografía, Maribel Blázquez (2009) daba cuenta de un triple sentido implicado en los usos del término parto «normal»: por un lado, en correspondencia con el parto fisiológico; por el otro, en el sentido de ser lo que más sucede y, por último, como característico del no intervencionismo de corte más histórico. Según los datos etnográficos y la revisión documental de la presente tesis, también en los protocolos y guías clínicas en Cataluña se emplea generalmente el concepto de parto «normal» y, significativamente, también en los escenarios vinculados al parto en casa de Barcelona. En este contexto, el parto «normal» es utilizado estratégicamente como sinónimo de parto «fisiológico» o de parto «natural», en aras de lo que debería ser, y, sin embargo, es el menos «normal» si lo tomamos desde la perspectiva de lo que es más habitual o frecuente. O lo que es lo mismo: el parto «normal» concebido como «fisiológico» o «natural» es, en realidad, el menos normal de todos, en el sentido de que como práctica es mucho más residual, en número, y menos frecuente o habitual, en contraposición al parto vaginal con anestesia, que es el parto más habitual en nuestro contexto sociocultural. Se pone de manifiesto, con todo, que el uso de los términos y de sus significados es, en este mar de saberes y narrativas, determinante para aprender a nadar en él.

En el transcurso de los años en que se ha realizado la investigación doctoral, se fueron adoptado los distintos términos, según la etapa y el escenario etnográfico, también, como una forma de ilustrar de qué manera el parto era conceptualizado entre las mujeres, los colectivos activistas o las profesionales de la salud especializadas en la asistencia al parto, la gestación y el puerperio. En los artículos o los capítulos, y también en las presentaciones de los congresos y otros eventos académicos, por ejemplo, se optó por hacer uso del término del que se hacía más uso en el universo etnográfico que en cada publicación se estaba tratando.

Con el avance de los años, sin embargo, me fui dando cuenta de que todos los relatos, narrativas y discursos que aparecían en la multiplicidad de escenarios etnográficos giraban

en torno a una misma cuestión primordial: la dignidad. Durante un tiempo, me visitó con frecuencia, en relación con esto, cierto episodio biográfico en el que precisamente mi madre me había hablado por primera vez de la dignidad cuando un día, cuando apenas debía contar con diez años de edad, recogiendo un ramo de flores en la montaña al inicio de la primavera, le dije que quería coger una amapola para nuestro ramo y ella me explicó que las amapolas eran flores que se morían prácticamente en seguida si las arrancabas del terreno. Si no podían estar en su lugar, que era con las raíces enterradas en la tierra, preferían morirse. «Y eso —afirmó mi madre— es la dignidad». Al darme cuenta de que las madres a quienes conocí durante todos los años de trabajo de campo luchaban porque, fueran cuales fueran las circunstancias de sus partos, nadie les pudiera arrebatar su centro y sus raíces, en la fase conclusiva de la investigación, acabé tomando un posicionamiento terminológico y aludiendo al parto «digno», la «dignificación» del parto o el «Movimiento por un Parto y Nacimiento Digno». En esta travesía final me parece que la cuestión de la dignidad en el parto, reconocida además como un derecho humano propio de las mujeres, da lugar a menos problemáticas semánticas, al tiempo que pone la mirada en lo que verdaderamente importa, que es la preservación de la integridad y la dignidad de las mujeres en sus procesos procreativos.

El mapa del parto digno en Barcelona

Uno de los objetivos principales que motivaron la investigación doctoral fue el de determinar y describir los escenarios etnográficos vinculados al Movimiento por el Parto y el Nacimiento Digno en la ciudad de Barcelona. Como resultado de las distintas etapas de trabajo de campo y del análisis de los datos etnográficos recogidos, la tesis ha ido trazando un mapa en el que pueden situarse los lugares en los que es detectable la presencia e influencia de este movimiento global en la ciudad. Además de lo anterior, ha sido posible concretar el tipo de narrativas, prácticas y representaciones que surgían de manera particular en cada uno de los espacios, así como conocer cuáles eran los principales actores implicados, como las mujeres o las profesionales de la salud vinculadas al mundo del parto, lo que también fueron propósitos específicos de la investigación doctoral. Con todo, es posible establecer que los escenarios etnográficos del parto digno en Barcelona son los siguientes:

a. Dentro del tejido social, pueden situarse básicamente dos tipos de escenarios. Por un lado, el de las asociaciones de usuarias como Dona Llum, de carácter marcadamente militante cuya razón de ser es la de enfocar su fuerza colectiva en provocar cambios en el modelo de atención a la gestación, el parto y la salud materno-infantil. Por el otro lado, se encuentra todo el entramado de grupos de ayuda mutua, y que toman la forma de grupos de embarazo, grupos de lactancia o grupos de crianza; son grupos que pueden estar vinculados a las asociaciones activistas o bien estar ligados a centros cívicos, asociaciones de mujeres municipales, incluso tiendas especializadas en materiales para la crianza, como los portabebés o de calzado especial para la primera infancia.
b. En conexión con el punto anterior, debe tomarse en cuenta que el impulso de las redes sociales, sobre todo durante la última década, ha sido un elemento clave para la difusión del Movimiento por un Parto y Nacimiento Digno a escala global y, por ende, las páginas, perfiles y foros virtuales, a los que actualmente incluso

podíamos incluir el efervescente fenómeno de los podcasts, relacionados con lo que Jesusa Ricoy[109] (2017, 2020) , discípula de Sheila Kitzinger, denominó como el «matriactivismo»[110], también deben ser entendidos como escenarios etnográficos en el marco del universo digital. El foro virtual de madres catalanas MamaLlum sería un ejemplo paradigmático de esta categoría.

c. En el ámbito de la sanidad pública, pueden ser considerados como escenarios etnográficos del parto digno en Barcelona algunos organismos gestores de los servicios de salud en Catalunya, así como hospitales y centros de atención primaria, que han elaborado y promocionado programas, protocolos y guías clínicas en consonancia al modelo de atención respetuosa al embarazo y el parto. Aquí se situarían, por ejemplo, La Maternitat o el Hospital Sant Joan de Déu. Los grupos de preparación al parto y de ayuda en la lactancia materna promulgados por los hospitales o los centros de atención primaria también son consideraos escenarios etnográficos que forman parte en esta categoría.

   En relación a este grupo, resulta relevante señalar que, después del periodo de trabajo etnográfico, en Catalunya fueron creados dos centros de nacimientos públicos que seguían el modelo de los *birth centers* de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido o Australia, una opción intermedia entre el parto hospitalario y el parto domiciliario materializada en unidades de atención al parto vinculadas administrativamente a un hospital pero independientes en su gestión, normalmente dirigidas por comadronas y especializados en la atención al parto fisiológico de mujeres con embarazos de bajo riesgo. En Catalunya, el primero de ellos fue el Centre de Naixements per als parts naturals, vinculado al Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, que se inauguró en 2017 y que funcionó con normalidad hasta 2023, cuando buena parte del equipo de comadronas abandonó el proyecto decepcionadas por el hecho de que no se estuvieran cumpliendo las condiciones laborales y económicas que se habían pactado; tras más de un año cerrado, el 1 de mayo del 2024 volvió a abrir sus puertas. El segundo fue la Casa de Naixements Laietània, asociado el Hospital Germans Trias i Pujol, más conocido como Can Ruti, que se comenzó su andadura en el año 2022. Es importante subrayar aquí que en el surgimiento reciente de las casas de nacimientos en la provincia de Barcelona han tenido un papel promotor muy relevante una parte de las comadronas que, tras muchos años de trayectoria ejerciendo de forma independiente en el ámbito del parto domiciliario, volvieron a trabajar en el sistema público de salud a través del proyecto de las casas de partos. Debe tenerse en cuenta que un considerable número de ellas habían emigrado al extranjero durante su juventud para formarse como comadronas, sobre todo en el Reino Unido, donde los *birth centers* forman parte del sistema de salud, de modo que eran figuras que ya tenían experiencia y conocimientos sobre cómo funcionaban este tipo de unidades. Y, sin lugar a duda, otra de las cuestiones que influyó en que fueran escogidas para dar arranque a esta nueva fórmula, realmente novedosa en el

[109] En la actualidad, y tras un cambio de nombre legal, la autora se hace llamar Mara Ricoy.

[110] El matriactivismo, cuya denominación es el resultado de la unión entre «maternidad» y «activismo», puede ser entendido como aquél centrado en las cuestiones particulares relativas a la maternidad -biológica-, el parto, la lactancia y los derechos reproductivos y que, por extensión tiene el objetivo de luchar contra todas las formas de violencia obstétrica.

país, fue el hecho de tener el prestigio de ser consideradas grandes expertas en la asistencia al parto específicamente fisiológico.

Aunque la investigación doctoral no alcanzó a poder realizar trabajo de campo etnográfico en las recientes aparecidas casas de nacimientos en Barcelona, en la fase final y conclusiva de la tesis son entendidas como escenarios etnográficos unidos al paradigma del parto digno, de gran importancia en la actualidad.

d. Dentro del contexto de la sanidad privada es posible establecer tres ámbitos espaciales diferentes vinculados al Movimiento por un Parto y un Nacimiento Digno. Por una parte, se sitúan aquí las casas de nacimiento privadas, de larga tradición en Barcelona y con un recorrido de atención al parto de décadas a sus espaldas como, por ejemplo, La Casa de Naixements Migjorn o la Cooperativa Titània-Tascó. Por la otra, deben situarse también en este marco los equipos de comadronas independientes y centros de salud de Barcelona, desde los más antiguos hasta los más recientes, especializados en ofrecer atención al parto en el hogar; el propio Centro de Salud Marenostrum o el equipo Néixer a Casa son ejemplos ilustrativos. Y, finalmente, si bien los hospitales privados en Barcelona son, en general, considerados el principal escenario del parto más medicalizado, intervenido e instrumentalizado, no deja de ser cierto que, durante la etapa de trabajo de campo, hubo un reducido número de clínicas privadas que ganaron popularidad entre las mujeres de Barcelona, precisamente, por haber incorporado un modelo de asistencia al parto con un enfoque considerablemente fisiológico y que, por ello, también deben ser considerados como escenarios etnográficos de interés para la presente etnografía. La Clínica Cima fue un caso ilustrativo de esto.
e. En el transcurso de tiempo entre la finalización del trabajo de campo activo hasta la actualidad han surgido en Barcelona nuevas iniciativas vinculadas al matriactivismo que, en la actualidad, deberían también ser consideradas como escenarios etnográficos pro parto digno. *El Refugi de les Mares*, ideado por la actriz y activista Andrea Ros como un espacio de *coworking* para madres en el que las mujeres gestantes o que ya son madres se organizan para asegurar el cuidado de todas las criaturas al tiempo que se cubren las unas a las otras para poder ocuparse del trabajo remunerado, y que ofrece también grupos de preparación al parto, grupos de lactancia y de crianza, sería un ejemplo de este nuevo tipo de escenarios que, no habiendo sido etnografiados, tienen interés para la tesis doctoral en el momento de su finalización.

Resultados específicos

Los objetivos específicos originarios que orientaron el proyecto doctoral fueron los siguientes:

- Detectar los escenarios etnográficos de Barcelona en los que se manifiesta la presencia del movimiento y los modos en que así ocurre.
- Estudiar y analizar el impacto que los nuevos protocolos de atención al «parto normal» han tenido en las experiencias de las mujeres usuarias del sistema de salud que optan por el parto fisiológico.

- Examinar cómo y dónde ha penetrado el discurso prohumanización del parto en la sanidad pública y la sanidad privada de Barcelona.
- Localizar los núcleos de activismo de la ciudad y contextualizarlos en el desarrollo histórico del movimiento, entender sus reivindicaciones y sus estrategias de actuación y conocer la vivencia personal de las activistas.
- Comprender en profundidad la perspectiva de los actores inmediatamente implicados: las madres, los padres y/o las parejas y los profesionales de la salud.

Si bien los artículos y capítulos recopilados en el compendio de la presente tesis doctoral ya recogen resultados relativos respecto a los objetivos específicos, los de mayor interés tienen que ver con los siguientes temas:

a. La legitimidad de las mujeres para ser agentes activos en la toma de decisiones que tienen que ver sobre sus procesos procreativos. El derecho a decidir en el embarazo y el parto como un derecho humano.
b. La fisiología del parto y la conexión con el cuerpo. El cuerpo gestante, concebido en su vertiente más mamífera y vinculado a una idea positiva de naturaleza en la que cabe confiar y que atraviesa tanto a la madre como al bebé.
c. La gestación pensada como una etapa en la que volver a habitar el cuerpo desde la conciencia; una conciencia entendida, a su vez, como aspecto clave en el proceso de recuperación de la agencia del cuerpo materno.
d. La importancia del acompañamiento emocional y la relación asistencial, en donde las comadronas emergen como las figuras legítimas encargadas de atender el embarazo, el parto y el puerperio de las mujeres.
e. Los elementos favorecedores del parto fisiológico, como el calor, el movimiento, la oscuridad o un ambiente calmado.
f. El corpus de prácticas que tras el parto promueven el vínculo entre madre y bebé y que se concretan en dar continuidad a la cercanía física de sus cuerpos, como el método piel con piel, la lactancia materna, el porteo o el colecho.
g. El perfil sociodemográfico de las mujeres afines al paradigma del parto y el nacimiento digno en Barcelona.

Dentro del marco de prácticas y representaciones, uno de los asuntos en los que cabe insistir es que los datos etnográficos, lejos de la imagen estereotipada que comúnmente se proyecta sobre las mujeres que se decantan por un modelo lo menos intervencionista posible en la asistencia a la gestación y el parto, demuestran que no son personas contrarias al conocimiento científico ni existe en ellas un rechazo a la tecnología médica, sino que sus demandas apuntan más bien a que es necesario hacer un uso regulado y no un abuso de los recursos médicos en la atención al parto, y que los procedimientos clínicos deben ajustarse a lo que señala, precisamente, la «evidencia científica». Esta afirmación es relevante porque pone de manifiesto que son colectivos de mujeres que no escapan a su propio marco cultural, un marco donde la influencia del discurso científico-médico está presente y moldea los imaginarios, siendo una prueba inalienable de ello todo el aparato lingüístico repleto de términos médicos que están integrados en sus narrativas y discursos, así como la consideración de la evidencia científica como un faro que arroja luz sobre el camino a seguir en la atención al parto. En su etnografía sobre el tiempo de gestación, Imaz (2010a) ya señalaba este proceso de adquisición de lenguaje médico por parte de las mujeres encintas,

pero podría afirmarse que, en el caso etnográfico que nos ocupa, este proceso se da con especial intensidad en las madres. Entre las mujeres simpatizantes del Movimiento por un Nacimiento y Parto Digno y los colectivos de médicos y profesionales sanitarios lo que se da, a menudo, es una fricción entre *culturas del nacimiento* distintas entendidas al modo en que lo hacían Jordan (1977), Davis-Floyd (2001), Davis-Floyd et al. (2009) o Montes Muñoz (2007), es decir, como maneras diferentes de conceptualizar, interpretar, actuar y vivenciar un mismo hecho biológico como es el parto y el nacimiento, revistiéndolo, en cada caso, de aspectos culturales distintos según los actores implicados y sus trayectorias. O lo que es lo mismo: un desencuentro entre los que Blázquez (2009) denomina el «enfoque de riesgo» y el «enfoque fisiológico». Ante esta disyuntiva, lo observado es que las madres por un parto digno en Barcelona adquieren un corpus de vocabulario técnico y se sumergen en integrar información sobre ciertos saberes médico, precisamente, con un doble propósito. Por un lado, ante sí mismas, como estrategia de empoderamiento sobre su capacidad de dar a luz y de autoreafirmación sobre su derecho a decidir cómo, dónde y con quién; algo que muestra claras coincidencias con los resultados etnográficos aportados por Murialdo (2019) sobre mujeres activistas en Madrid:

> «[…]cuando esa búsqueda de información tiene lugar *in situ* en círculos de activismo de parto respetado, las mujeres suelen encontrar mecanismos que les proporcionen (auto)confianza respecto a su capacidad de parir – en contraste con la idea de que se pare gracias al trabajo del personal de salud – y una firme seguridad en el derecho a tomar sus decisiones libremente.»(Murialdo Miniello, 2019, p. 200)

Por el otro lado, aparece como estrategia de legitimización de sus decisiones con respecto a sus gestaciones, partos, puerperios y lactancias ante el personal sanitario. Se muestran a sí mismas como usuarias suficientemente informadas haciendo uso de este lenguaje y conocimientos con el propósito de conseguir el respeto y asegurar su autonomía ante los profesionales de la salud aprendiendo a hablar, por así decirlo, su mismo idioma (experto). Y lo hacen, además, a sabiendas de que el discurso científico, en la balanza de legitimizaciones, cuenta con mayor prestigio. Por ello, pareciera que, en el caso etnográfico que nos ocupa, las fronteras entre lo que Murialdo (2019) denomina «la cultura del parto respetado» y la cultura biomédica, son ocasionalmente líquidas, y que «la cultura del parto respetado» se aproxima y hace uso de algunos aspectos de la cultura biomédica, precisamente, con la intención de forzar en ella el cambio de paradigma hacia el «enfoque fisiológico» que Blázquez (2009) describió en su etnografía.

Además de lo anterior, otra cuestión clave que necesita ser precisada en relación con las narrativas de las mujeres por un parto digno en Barcelona, es que, aunque existe un paradigma del cual mayoritariamente participan, pueden observarse grados de intensidad o cercanía con él: mientras que algunos colectivos de mujeres o espacios etnografiados proyectan un discurso más intenso y apasionado, hay otros grupos y escenarios que muestran relatos de un carácter más dúctil. En consonancia con lo que exponen otras etnografías de temática similar, se constata que las mujeres más próximas a espacios activistas, como por ejemplo Dona Llum, proyectan un discurso más estructurado, reivindicativo, contestatario y más explícitamente crítico con el modelo biomédico de atención al parto, en línea con lo que también da muestra Murialdo (2019). En el caso de Barcelona, no obstante, cabría añadir también a este grupo a las profesionales de la salud, sobre todo comadronas, vinculadas a los escenarios de atención al parto domiciliario, como

en el caso del CSF Marenostrum. En cambio, en los escenarios más próximos al parto hospitalario en Barcelona, como en el caso de La Maternitat, encontramos que los discursos de las mujeres, aun con toda la afinidad que muestran con el paradigma del parto digno, muestran más flexibilidad, sobre todo, en el plano de las prácticas concretas -el uso de métodos de alivio del dolor, sobre todo de la analgesia epidural- e incluso mayor predisposición a la negociación de las mismas, porque la cuestión de los posibles riesgos tiene un peso mayor en sus narrativas que en el grupo anterior, lo que justamente explica que opten por dar a luz en el hospital. Y sucede algo semejante con las profesionales de la salud que aparecen situadas en escenarios del parto hospitalario en Barcelona, que, aunque se muestran en sintonía con ciertos aspectos de los procesos de dignificación del parto, también muestran mayores resistencias; resistencias que también señalaron en sus trabajos Montes (2007) o Blázquez (2009).

Es síntesis, en el terreno de los discursos, los datos etnográficos demuestran una paleta de gradaciones de intensidad diversa con relación al paradigma del parto digno en las que, además, hay espacio para los matices o incluso los cuestionamientos. En este sentido, puede apuntarse también a que el hecho de que la fase de redacción de la tesis haya supuesto un paréntesis temporal considerable respecto al trabajo de campo, ha hecho posible observar que, a medida que los bebés que nacieron en el transcurso del trabajo de campo etnográfico han ido soplando velas de cumpleaños, el discurso de sus madres, sobre el modelo de asistencia al parto, si bien ha conservado las ideas esenciales, se fue volviendo cada vez más flexible, sobre todo, en cuanto a las prácticas concretas de la crianza de los primeros años de vida en el contexto en la cotidianeidad. Esto responde en parte a que, durante las dos primeras décadas del siglo XX, es como si el matriactivismo, al menos en los escenarios etnográficos que nos ocupan, al convertirse en objeto de especial atención para el movimiento feminista, hubiera transitado por un proceso de teorización y *academización* para acabar dándose cuenta, recientemente, que los modelos y referentes deben y pueden ser una ayuda para las madres pero nunca una suerte de jaula, y nos encontráramos, justo ahora, con voces de madres feministas que reclaman dejar de leer tantos libros de expertos y gurús del parto, la lactancia y la crianza, para volver a un modelo de maternidad más intuitiva, en donde los beneficios o no de las prácticas sean comprendidos en aras de las circunstancias individuales de cada madre, sobre todo, en un país como España con unas bajas de maternidad y unas políticas de conciliación, a todas luces, insuficientes. De manera paralela a esta flexibilización de los discursos, también se ha podido constatar en una etapa posterior al trabajo de campo, que este tipo de activismo, de ocupar una centralidad durante la etapa procreativa de las mujeres, a medida que los hijos y las hijas se han ido haciendo mayores, se han ido transformando en otras formas de militancia relacionados, entre otros, con nuevos modelos pedagógicos o con el replanteamiento de las relaciones sexoafectivas y la diversidad de fórmulas relacionales desde las no-monogamias, el poliamor o la anarquía relacional.

Todas las cuestiones planteadas hasta aquí se encuentran significativamente relacionadas con el perfil sociodemográfico de las mujeres partidarias de un parto y un nacimiento digno, uno de los resultados específicos de la investigación doctoral especialmente relevantes por las implicaciones que tiene al entrar en diálogo con otros trabajos etnográficos semejantes y recientes dentro del marco de la Antropología del Parto. Nótese, por ejemplo, cómo guardan coincidencias el perfil de las mujeres activistas en Madrid en las que Murialdo (2019) puso la mirada en su etnografía y las características de las mujeres afines al parto y el nacimiento digno en los distintos escenarios etnográficos

detectados en Barcelona, sobre todo en lo que tiene que ver con su perfil formativo-profesional. En los círculos activistas de Madrid que presenta la etnógrafa encontramos a mujeres vinculadas a múltiples campos laborales y cuyas profesiones no son únicamente el lugar desde el que se aproximan y se interesan por el activismo por un parto respetado, sino que son además el canal a través del cual se vinculan a él y desde donde hacen contribuciones para expandirlo. En el caso de las madres por un parto digno en Barcelona, encontramos a mujeres que, si bien no en todos los casos sus profesiones guardan relación con la dignificación al parto, su formación profesional, mayoritariamente universitaria, les permite acceder a una serie de herramientas como, por ejemplo, la lectura de artículos académicos de corte médico, que se constituye, de nuevo, como estrategia de información, empoderamiento y (auto)legitimización de las propias decisiones ante el personal médico. Es posible establecer, a la luz de lo expuesto, que los discursos y activismos por la dignificación del parto y el nacimiento se encuentran mediados por el capital cultural de las mujeres que los sostienen. Este capital, expresado en su nivel educativo, su capacidad de análisis crítico y su familiaridad con lenguajes técnicos o académicos, no solo favorece el acceso a determinados marcos interpretativos sobre la atención obstétrica, sino que también incide en su capacidad de interlocución con las instituciones sanitarias y en la construcción de redes de apoyo y acción colectiva. Así, el perfil sociodemográfico de estas mujeres no puede considerarse un dato secundario, sino un elemento estructurante del modo en que se articulan sus demandas, se legitiman sus decisiones y se configuran los movimientos contemporáneos por un parto y nacimiento digno.

No obstante, este perfil sociodemográfico plantea una interrogante clave: ¿en qué medida los discursos y prácticas por un parto y nacimiento digno logran realmente constituirse como universales o inclusivos para todas las mujeres y sus múltiples realidades? La homogeneidad formativa de las mujeres participantes, con acceso a recursos culturales significativos, evidencia el riesgo de que estas demandas y modelos asistenciales se estructuren desde una cierta posición de privilegio. Tal y como señaló oportunamente en su tesis doctoral Aline de Andrade (2020), el discurso por la dignificación del parto, a pesar de emerger como resistencia al modelo biomédico tecnocrático, ha sido en parte absorbido por la lógica neoliberal, articulándose en torno a valores como la libertad de elección, la no intervención y la autogestión del cuerpo, lo que reproduce, en ocasiones, formas de mercantilización de la experiencia obstétrica. Desde esta óptica, la autora advierte que el movimiento por el parto digno, lejos de representar una alternativa radical, ha acabado funcionando como una tecnología de poder adaptada a las necesidades del capitalismo contemporáneo, en el que la mujer se convierte en «empresaria de su parto» y asume los riesgos del proceso como parte de su libertad individual, desplazando la responsabilidad del Estado y del sistema sanitario. Esta crítica obliga a revisar las limitaciones estructurales del modelo hegemónico por un parto y un nacimiento digno, así como a preguntarse quiénes quedan fuera de sus márgenes, ya sea por razones económicas, raciales, territoriales o, incluso, simbólicas.

En base a todo lo expuesto, puede señalarse que, en términos generales, tanto el objetivo general como los objetivos específicos que motivaron la investigación doctoral han sido considerablemente resueltos y la mayoría de las preguntas de investigación suficientemente contestadas. Aun con todo, cabe hacer al respecto las siguientes puntualizaciones:

- Se han recogido una gran cantidad de datos etnográficos recopilados durante las etapas de trabajo de campo en los múltiples escenarios que han permitido llegar a

resultados etnográficos reunidos en los distintos artículos y capítulos de la tesis. No obstante, la concisión exigida por las publicaciones seguramente ha implicado que los artículos del compendio muestren un predominio del análisis sobre la descripción y se eche de menos material narrativo de los relatos vivenciales De cara a las futuras publicaciones que puedan tener lugar tras la presentación de la tesis, este aspecto deberá tomarse en cuenta para intentar otorgar un mayor protagonismo a la dimensión descriptiva de los datos etnográficos y a los relatos literales de las mujeres, sus parejas o los profesionales de la salud.

- En sus orígenes, mi aproximación al estudio etnográfico del parto y el nacimiento digno en Barcelona estuvo guiada por un interés especialmente enfocado a la noción de persona y la noción de cuerpo, entendiendo que ambas cuestiones son fundamentales para el abordaje y la comprensión de los procesos procreativos y, desde mi perspectiva personal, también de cualquier proceso relacionado con la salud desde la Antropología. En este sentido, puede reconocerse en mí la influencia de etnógrafas con las que en mi trayectoria doctoral he guardado cercanía y que, antes que yo, aproximaron su mirada a los procesos procreativos tomando la noción de persona y la noción de cuerpo como puntos de partida, entre las que destacaría, sobre todo, a Virginia Fons, pero también a Irina Casado o Elixabete Imaz y, en extensión, a todo el equipo de investigadoras del Getp-GRAFO. A pesar de esto, resulta relevante apuntar a que, en lo que confiere a la perspectiva de género, si bien la tesis da muestra de la centralidad de la voz de las mujeres como reflejo de la realidad estudiada, hay más elementos que podrían contemplarse dentro del análisis de género, y éste sería un aspecto sobre el que cabría hacer, en lo venidero, más incidencia.

7.2.2 De la violencia obstétrica

Un accidente etnográfico: reflexiones encarnadas desde los no-escenarios

Como hice referencia en la presentación de la investigación, mi ecuación personal en relación al tema estudiado tuvo poco de vivencia encarnada (Esteban, 2004b) puesto que yo no era madre —biológica, que sí madre afín— durante los años que duró el trabajo de campo etnográfico y, en todo caso, mi vinculación encarnada con el tema se reducía, por así decirlo, a ser hija de una mujer que a finales de los ochenta decidió dar(me) a luz de forma «natural[111]», con una comadrona independiente, y en un paritorio alquilado en la Clínica Regina del barrio de Gràcia, fuera del circuito médico habitual de la época. En la primavera de 2018, sin embargo, un acontecimiento imprevisto relacionado con mi propia maternidad biológica me devolvió a un escenario etnográfico considerablemente conocido por mí como era el de La Maternitat.

En marzo de 2018, encontrándome embarazada de veintiséis semanas de mi primer hijo, en una visita rutinaria de control en atención primaria, me diagnosticaron un CIR severo (Crecimiento Intrauterino Retardado), una patología placentaria que producía que esta no funcionara de forma óptima, y que tenía como consecuencia directa que el crecimiento de mi bebé se estuviera dando a un ritmo significativamente menor que en un embarazo normal. Desde ese momento, mi gestación se categorizó como de alto riesgo, y fui derivada al hospital que contaba con una unidad de atención médica más especializada en esta patología: La Maternitat. Empezó así, para mí, el descubrimiento como usuaria de los

[111] Se está aquí empleando el término utilizado por mi madre al referirse a su parto.

escenarios de La Maternitat a los que, como etnógrafa, no había accedido: el circuito de la atención al parto de alto riesgo, primero, y la Unidad de Neonatología, después, y la toma de contacto directo con los equipos médicos que existen vinculados a ellos. Este accidente produjo una situación altamente excepcional como que acabara dando a luz por cesárea en el Quirófano 2 de la Sala de Partos de La Maternitat, y atendida por una buena parte de personas que, un tiempo atrás, habían sido mis propias informantes.

Aunque mi vivencia encarnada como usuaria en La Maternitat, por las complejas circunstancias de la situación de mi embarazo, no puede tomarse propiamente como un episodio autoetnográfico, no deja de ser cierto que ha tenido su influencia en la fase conclusiva de la tesis. Desde la vigesimosexta semana de mi embarazo hasta la trigémino sexta en que tuvo lugar el parto de mi hijo, acudí de forma semanal, todos los martes por la mañana, a controles de seguimiento ecográficos en una pequeña área de consultas externas de La Maternitat, y fue allí, cuando me di cuenta de que, en contraste con el embarazo y el parto de bajo riesgo, la gestación y el parto de alto riesgo son una suerte de limbo, una fracción de realidad adonde los debates sobre el modelo de asistencia al parto no parecían haber llegado. Constaté en carne propia que no existían en Barcelona grupos de preparación al parto de alto riesgo, como tampoco grupos de apoyo específicos para gestantes con patologías diagnosticadas, ni siquiera algún tipo de acompañamiento psicológico contemplado por las propias unidades especializadas en patologías en el campo de la medicina materno-fetal. El embarazo y el parto de alto riesgo eran un no-lugar, un no-escenario para el Movimiento por un Parto y un Nacimiento Digno. La constatación de este hecho fue relevante porque, desde un enfoque panorámico del embarazo y el parto, desencadenaba en una situación tan real como contradictoria: las mujeres con gestaciones sanas y partos sin complicaciones tienen a su disposición un aparato de recursos de todo tipo y centran toda la atención de los debates sobre modelos de atención al parto, mientras que las mujeres que transitan por embarazos con diagnósticos y patologías graves, lo hacen sumidas en una enorme marginalidad y soledad, cuando deberían ser sujetos de modelos de asistencia a la salud reproductiva especialmente cuidadosos, donde la relación asistencial, más allá de las cuestiones meramente médicas, sea vista como tan o más central todavía que en la atención sanitaria a los embarazos y parto de bajo riesgo.

La Antropología ante la violencia obstétrica

En la tesis doctoral que nos ocupa se ha señalado en distintas ocasiones que, si bien la constatación de situaciones de maltrato en la asistencia sanitaria a la gestación, el parto y el puerperio no son ni mucho menos un aspecto nuevo para las etnógrafas que han trabajado en el campo de la Antropología del Parto y la Antropología Feminista de la Salud, es evidente que la violencia obstétrica no había experimentado hasta el momento un foco de atención como el que tiene sobre sí en el presente. La violencia obstétrica no es un tema nuevo, pero sí es reciente que se haya convertido en un tema de calado público en nuestro contexto cultural. Si cuando esta investigación doctoral empezó sus andaduras, la violencia obstétrica aparecía como un tabú y casi se expresaba entre susurros, la efervescencia del feminismo en los últimos años ha abierto espacios en los que ahora es posible hablar y discutir sobre ella en voz alta.

La violencia obstétrica es un asunto que ha llegado para quedarse y parece posible prever que vaya a ser uno de los principales temas a los que la Antropología Feminista de la Salud vaya a tener que enfocar la mirada a corto y medio plazo, sobre todo, teniendo en cuenta lo que muestra la panorámica actual. En el presente, en el Estado español nos

encontramos siendo testimonios de un engranaje de tensiones alrededor de la violencia obstétrica. Por una parte, pueden encontrarse a los colegios de médicos, posicionados no sólo contra el uso del concepto «violencia obstétrica», sino negando la existencia de malas praxis de tal calibre en los paritorios del país. Por otra parte, pero de forma sincrónica, España ha recibido en los últimos años varias sentencias dictaminadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW en inglés original) de la Organización de las Naciones Unidas, en 2020, 2022 y 2023. Además de lo anterior, las asociaciones de usuarias han puesto en el epicentro de sus preocupaciones la erradicación de este tipo de violencia de género con campañas e iniciativas concretas, muestra ilustrativa de lo cual fue la creación del Observatorio de Violencia Obstétrica surgido en 2019 como parte de la asociación de El Parto es Nuestro. En el contexto de Catalunya, y como prueba de que no todos los organismos sanitarios comparten la postura de los colegios de médicos, a partir de la *Estrategia Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos* (Gobierno de España. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011a), dese la Generalitat de Catalunya fue recientemente presentado el *Pla per a l'abordatge de la violència obstètrica i la vulneració dels drets sexuals i reproductius* 2023–2028 (Escuriet Peiro et al., 2024), un documento con 56 acciones específicamente seleccionadas para poner freno a la situación de la violencia obstétrica en España. Y cabe no olvidar, asimismo, los múltiples trabajos académicos aparecidos en los últimos años que, desde diversas disciplinas, están haciendo contribuciones en determinar de qué manera se materializa la violencia obstétrica, y hasta qué grado, en el Estado español, como, por ejemplo, los de Ruiz-Berdún & Olza (2016), la tesis doctoral de Eva Margarita García, que supone un estudio etnográfico específico sobre prácticas vinculadas a la violencia obstétrica (García, 2018), todos los trabajos de Mena-Tudela et. al (2020a, 2020b, 2021), y otros relevantes como Brigidi, Polo, Mena-Tudela y Medina-Pradas (2023). Más allá del marco español, son especialmente significativas también la tesis doctoral de Michelle Sadler (2021) o las investigaciones con las que están contribuyendo Patrizia Quattrochi (2018; 2020 y 2024).

Si tomamos en cuenta, además, que los derechos en la gestación, el parto y el postparto sufrieron un retroceso en el periodo de pandemia del Coronavirus (Mena-Tudela et al., 2025)– como bien apuntó Simone de Beauvoir «bastará una crisis política, económica o religiosa para que los derechos de las mujeres vuelvan a ser cuestionados.»- así como también que se espera que en apenas cuatro años comience a haber un déficit grave de comadronas causada por las jubilaciones y la falta de relevo generacional en nuestro Sistema Nacional de Salud, lo que podría acabar derivando en una crisis de la asistencia médica a la salud de las mujeres, todo parece apuntar a que lo que está ocurriendo en el campo de la violencia obstétrica, abre un territorio ancho y largo en el que la Antropología puede y debe continuar sumando aportes.

Más allá de las contribuciones que desde la Antropología puedan generarse a nivel etnográfico, resulta relevante contemplar que la presencia de profesionales de la Antropología que ejercemos como docentes en carreras del ámbito de las Ciencias de la Salud es una eficaz oportunidad para formar a futuros profesionales sanitarios en materia de derechos humanos en procesos de salud, y en la prevención misma de la violencia obstétrica. La trayectoria que en esta dirección están trazando algunas investigadoras, entre las que destaca el papel Serena Brigidi, son cuanto menos inspiradoras, porque pone la semilla para los cambios precisamente donde hay que hacerlo, que es en la fase formativa de los estudiantes de las carreras sanitarias. Como señalaba acertadamente Murialdo:

> «La clave podría encontrarse en la formación académica y en la presencia de la Antropología en las carreras de medicina. Al igual que el activismo de parto respetado se ha caracterizado por una multidisciplinariedad de profesionales preocupadas por la cultura biomédica de atención al parto105, la formación biomédica se vería ampliamente complementada si incluyera la perspectiva antropológica en la transmisión de conocimientos. La aplicación de la antropología en la disciplina médica puede conllevar grandes ventajas en la comprensión de las sociedades y su relación con el cuerpo y sus afecciones. Pero especialmente, la antropología dispone de la clave para transmitir los progresos académicos en materia de violencia obstétrica y parto respetado para ampliar los conocimientos de los profesionales médicos en el ejercicio de la atención institucional al parto, por lo que sería interesante estudiar la viabilidad de una asignatura de Antropología no sólo en la carrera de Medicina, sino también en la especialidad de Ginecología y Obstetricia.» (Murialdo Miniello, 2019, pp. 261-262)

Sobre todo, en el transcurso de los últimos cinco años, la violencia obstétrica ha pasado de ser un campo de estudio centrado únicamente en la gestación, el parto y el postparto a permear en otros territorios relacionados con la salud de las mujeres. Por esta razón, puede afirmarse que los escenarios de interés para la detección y prevención de la violencia obstétrica se han ampliado, por ejemplo, al ámbito de la reproducción asistida, la atención sanitaria a la menstruación y la menopausia e, incluso, a la explotación reproductiva, por promover prácticas largamente desaconsejadas como las cesáreas programadas sin justificación médica, sino como rutina.

Serendipias y anticipaciones[112]

Parece lógico apuntar, a modo de sugerencia, a que, en lo venidero, sería interesante que desde la Antropología Feminista de la Salud pudieran generarse investigaciones etnográficas del embarazo y el parto de alto riesgo, sobre todo, porque existe la necesidad de una mirada detallada a las necesidades de cuidado de las madres con gestaciones y partos patológicos puesto que es esperable que estas sean muy distintas, ya que cuando se pone en juego la supervivencia de la madre o del bebé, hay un inevitable reajuste de las necesidades y las prioridades y, por extensión, de las vivencias subjetivas. Las cronografías del proceso procreativo, además, de la manera en que se han empleado en la presente investigación doctoral, son un instrumento con gran potencial para ello. En el mismo orden de tentativa, también sería interesante la producción de trabajos etnográficos que pudieran estudiar el impacto (o no) del paradigma del parto digno en otros colectivos diversos de mujeres no específicamente activistas y de otros perfiles sociodemográficos como, por ejemplo, mujeres racializadas o inmigrantes. La propuesta es, en definitiva, tomar la antropología no sólo como una herramienta de exploración de los escenarios ya conocidos, sino quizá como creadora de ellos o, al menos, como instrumento para arrojar luz y dar visibilidad a los no-lugares como, por otra parte, ha hecho siempre.

Paralelamente a esto, la observación a ojo de pájaro de la situación del contexto médico-sanitario actual muestra dos tensiones, cuanto menos, inquietantes: mientras que en el transcurso de los últimos veinte años se han se han generado protocolos, estrategias y guías clínicas en línea con el modelo de atención al parto digno, desde los laboratorios están

[112] Parte de estos pensamientos finales vinculados a la tesis doctoral se presentaron en el II Congreso de Antropología Feminista, en la Universidad de Granada, en julio del 2024, con la comunicación titulada «Distopías obstétricas. Úteros artificiales y otros artilugios de la tecnología biomédica: nuevos dolores de cabeza para la Antropología Feminista de la Salud». (Lázare Boix, 2014a)

tomando cada vez más presencia los proyectos de investigación de biotecnología médica que producen robots ginecológicos pedagógicos, artilugios que simulan la lactancia materna, placentas y úteros artificiales cada vez más avanzados que son siempre presentados como un hito feminista de liberación.

Imagen 1. Ejemplo de aparato simulador de lactancia materna para hombres. Fuente: www.motherly.com

Lejos de ser ciencia ficción, una suerte de oportuno azar ha hecho que, en la actualidad, sea precisamente el BCNatal Fetal Medicine Research Center, en La Maternitat, el centro de investigación donde se está llevando a cabo un proyecto para la creación de una placenta artificial que pueda contribuir a la supervivencia de prematuros extremos, permitiendo el mantenimiento del feto fuera del útero materno en un ambiente simulado que se le parezca al máximo.

Imagen 2 y 3. A la izquierda, noticia de prensa sobre la placenta artificial. Fuente: ElMundo.com. A la derecha, cabecero de la página web de BCNatal Fetal Medicine Researcher Center, con el proyecto de la Placenta Artificial anunciado. Fuente: Bcnatalresearch.org.

Durante el curso de los últimos años de tesis, este conjunto de fenómenos médicos ha ido concentrando mi atención y me ha ido generado múltiples preguntas en relación con el propio tema de la investigación doctoral como, por ejemplo: ¿quiénes y bajo qué intereses construyen este tipo de inventos?; ¿qué tipo de narrativas y discursos aparecen asociados a ellos?; ¿es compatible dignificar los partos de las mujeres al tiempo que se construyen artilugios que sustituyen su papel protagonista en el proceso procreativo?; ¿qué nuevos retos plantea para la investigación antropológica? y, sobre todo: ¿podrían acabar siendo estas producciones tecno-médicas una nueva forma extrema de violencia obstétrica que expulse a las mujeres de los procesos procreativos?

Sea como sea, parece posible anticipar que el surgimiento de todos estos fenómenos se proyecta, desde el horizonte, como nuevos grandes retos para la Antropología Feminista de la Salud que está por venir.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Espinoza, C. R. (2012). *Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal* [Material docent]. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote.

Ajuntament de Barcelona, & Arxiu Municipal del Districte de les Corts. (s. f.). *La Casa de Maternitat i Expòsits de les Corts*. www.fragment.cat

Al-Gailani, S. (2018). Hospital Birth. En *Reproduction* (pp. 553-566). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781107705647.046

Amnistía Internacional. (2010). *Maternidad: peligro de muerte. La crisis de la asistencia a la salud materna en Estados Unidos*. https://corteidh.or.cr/tablas/r26580.pdf

Anderson, J. W., Johnstone, B. M., & Remley, D. T. (1999). Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *70*(4), 525-535. https://doi.org/10.1093/ajcn/70.4.525

Annis, L. F. (1978). *The Child before Birth*. Ithaca, N,Y.: Cornell Univesity Press.

Archer, S. (2012). *The choice of "natural": childbirth as a project* [Illinois State University]. www.soa.illinois.edu/downloads/anthro_theses/archer_ sarah.pdf

Arguedas Ramírez, G., Berrio Palomo, L. R., Castro, R., Frías, S. M., García Presas, A. L., González, M. F., Herrera Vacaflor, C., Marques de Aguiar, J., Mattioli, M., Muñoz García, G. B., Pires Lucas D'Oliveira, A. F., Sadler, M., Sesia, P., Grilo Diniz, C. S., & Sibrian, N. (2020). *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (P. Quattrocchi & N. Magnone, Eds.). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. https://doi.org/10.18294/9789874937506

Aristarkhova, I. (2005). Ectogenesis and Mother as Machine. *Body & Society*, *11*(3), 43-59. https://doi.org/10.1177/1357034X05056190

Artschwager Kay, M. (1982). *Anthropology of Human Birth*. F.A. Davis Co.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2012). *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*. www.unfpa.org/webdav/site/

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2019). *Violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*. https://www.ohchr.org/

Ausona Bieto, M. (2013). «Encara li dones el pit?» Tabús occidentals envers els usos de la corporalitat en la criança. *Quaderns-e Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia (Crítica a la raó sexològica)*, *18*(1), 114-127. http://www.tenemostetas.com/2010/12/crianza-corporal.html

Ausona Bieto, M. (2015). *Alletaments de llarga durada i altres usos de la corporalitat en la criança* [TD]. Universitat de Barcelona.

Axelrod, R., & Hamilton, W. D. (1981). The Evolution of Cooperation. *Science*, *211*(4489), 1390-1396. https://doi.org/10.1126/science.7466396

Balaskas, J. (1982). *Active Birth Manifesto (Revised 2001)*. https://www.activebirthcentre.com/wp-content/uploads/2014/03/AB-Manifesto-2.pdf

Balaskas, J. (1992). *Active Birth - Revised Edition: The New Approach to Giving Birth Naturally (Revised)* . The Harvard Common Press.

Balbas Cisneros, M. J., Bautista Guerra, R., Cañada Zorrilla, M., Fuentes Caballero, M., González Bayo, M., Martínez Ílvarez, A., Ponte Arroyo, M. L., Ruiz Vélez Frías, C., & Trayner Vilanova, M. P. (2007). *Hilando fino: Mujeres, un viaje en común*. Icaria Editorial.

Baños Nocedal, A. A. (2005). Antropología de la violencia. *Estudios de Antropología Biológica*, *12*(1), 41-63. https://doi.org/https://doi.org/10.22201/iia.14055066p.2005.18843

Barber, N. A. (2009). ¿Dilemas? metodológicos y éticos en la investigación antropológica en Servicios de salud. *Avá*, *15*. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942009000200013&lng=es&nrm=iso

Becker, G. (2000). *The Elusive EmbryoHow Women and Men Approach New Reproductive Technologies*. University of California Press. https://doi.org/10.1525/california/9780520224308.001.0001

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

Bellón Sánchez, S. (2014). *Obstetric Violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?* [TFM]. Utrecht University.

Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria. Aproximación al concepto*. Desclée de Browner.

Bertrand Parra, M. M. (s. f.). *El error médico*. Recuperado 1 de mayo de 2025, de https://www.studocu.com/ec/document/universidad-ute/endodonccia/error-medico/13406690

Biurrun-Garrido, A., & Goberna-Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: Necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas profesión*, *14*(2), 62-66.

Blázquez Rodríguez, M. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, *42*, 1-25.

Blázquez Rodríguez, M. (2008). Una etnografía en la atención sanitaria. En O. Romaní, C. Larrea, & J. Fernández (Eds.), *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales. XI Congreso de Antropología de la FAAEE* (Vol. 2, pp. 17-30). Ankulegi Antropologia Elkartea. https://www.ankulegi.org/es/2-antropologia-de-la-medicina-metodologias-e-interdisciplinariedad-de-las-teorias-a-las-practicas-academicas-y-profesionales/

Blázquez Rodríguez, M. (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* [TD, Universitat Rovira i Virgili]. http://hdl.handle.net/10803/8429

Blázquez Rodríguez, M. (2010). Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención al embarazo, parto y puerperio. Aportaciones desde una etnografía feminista. En M. L. Esteban Galarza, J. M. Comelles i Esteban, M. C. Díez Mintegui, & V. Stolcke (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 209-232). Edicions Bellaterra.

Bodoque Puerta, Yolanda. (1996). *Discursos y prácticas sobre sexualidad y reproducción los centros de planificación familiar* [TD]. Universitat Rovira i Virgili.

Bowes, C. (2012, abril 4). Janet Balaskas: campaigner for active birth movement. *BBC News*.

Bradley, R. A., Hathaway, M., Hathaway, J., & Hathaway, J. (2008). *Husband-Coached Childbirth: The Bradley Method of Natural Childbirth* (5th Edition). Bantam.

Brem, G., & Kühholzer, B. (2002). The Recent History of Somatic Cloning in Mammals. *Cloning and Stem Cells*, *4*(1), 57-63. https://doi.org/10.1089/153623002753632057

Brigidi, S. (2014). Experiencias «encarnadas». Representaciones audiovisuales de madre(s) y maternidad(es). *Revista de Medicina y Cine*, *10*(3), 118-126. https://revistas.usal.es/cinco/index.php/medicina_y_cine/article/view/13510/13796

Brigidi, S. (Ed.). (2016). *Cultura, salud, cine y televisión. Recursos audiovisuales en Ciencias de la Salud y Sociales*. Publicacions URV. https://doi.org/10.17345/9788484244233

Brigidi, S., Polo, A., Mena-Tudela, D., & Medina-Pradas, C. (2023). Definición de la violencia ginecológica-obstétrica. *Psicosomática y psiquiatría*, *27*. https://doi.org/10.60940/PsicosomPsiquiatrnum2708

Brittain, V. (1929). *Halcyon, or the Future of Monogamy*. Kegan Paul, Trench, Trubner.

Browner, C. H., & Press, N. (1995). The normalization of prenatal diagnostic testing. En F. Ginsburg & R. Rapp (Eds.), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. University of California Press.

Bulletti, C., Palagiano, A., Pace, C., Cerni, A., Borini, A., & de Ziegler, D. (2011). The artificial womb. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1221*(1), 124-128. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.05999.x

Calhoun, C. (2002). *Feminism, the Family, and the Politics of the Closet*. Oxford University PressOxford. https://doi.org/10.1093/0199257663.001.0001

Callaghan, J. C. (1965). Studies in lambs of the development of an artificial placenta. Review of nine longterm survivors of extracorporeal circulation maintained in a fluid medium. *Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie*, *8*, 208-213.

Camacaro Cuevas, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Impronstas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, *14*(32), 147-162.

Camacaro Cuevas, M. (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivo de las mujeres. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, *18*(40), 185-192. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855544&orden=0&info=link

Cannold, L. (1995). Women, Ectogenesis and Ethical Theory. *Journal of Applied Philosophy*, *12*(1), 55-64. https://doi.org/10.1111/j.1468-5930.1995.tb00119.x

Cardús Font, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata (Cuando los sujetos se embarazan: Filosofía y Maternidad)*, *7*, 129-145. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106938.pdf

Carlston, C. (2008). Artificial Wombs Delivering on Fertile Promises. *Harvard Science Review*, 35-39.

Casado Aijón, I. (2009). Salud sexual y reproductiva y representaciones en torno a la formación de los seres humanos entre los imazighen inmigrados en Catalunya. En J. E. Martínez Guirao, A. Téllez Infantes, J. Ferrús i Batlle, P. Heras Gonzáles, R. M. Martínez Moreno, M. J. Navarro Ríos, & J. I. Pichardo Galán (Eds.), *La cultura en el cuerpo: actas del I Congreso Internacional de Cultura y Género : 11-13 de noviembre de 2009*.

Casado Aijón, I. (2015). *Parentiu i salut entre els imazighen rifenys de Catalunya. Volum 2. Propostes metodològiques i materials elaborats. Fonaments per a l'anàlisi* [TD]. Universitat Autònoma de Barcelona.

Casado Aijón, I. (2016). Itinerarios terapéuticos. Propuesta para la aplicabilidad en la etnografía. *Grafo Working Papers*, *5*, 1-30. https://doi.org/10.5565/rev/grafowp.22

Casado Aijón, I. (2105). *Parentiu i salut entre els imazighen rifenys de Catalunya. Volum 1.* [TD]. Universitat Autònoma de Barcelona.

Castells, M. (Ed.). (2004). *The Network Society. A Cross-Cultural Perspective*. Edward Elgar Publishing. https://doi.org/10.4337/9781845421663

Cavaliere, G. (2017). A 14-day limit for bioethics: the debate over human embryo research. *BMC Medical Ethics*, *18*(1), 38. https://doi.org/10.1186/s12910-017-0198-5

Centering Health Institute. (s. f.). Recuperado 19 de abril de 2025, de https://www.centeringpregnancy.org/es

Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Birth*, *28*(3), 202-207. https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x

Chavatte-Palmer, P., Lévy, R., & Boileau, P. (2012). Une reproduction sans utérus ? État des lieux de l'ectogenèse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, *40*(11), 695-697. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2012.09.008

Cohain, J. S. (2018). What Can We Learn From Agnes Geréb? *Midwifery Today with International Midwife*, *125*(7). https://doi.org/10.1111/1471-0528.13873

Cohen, J. (1996). Doctor James Young Simpson, Rabbi Abraham De Sola, and Genesis Chapter 3, verse 16. *Obstetrics & Gynecology*, *88*(5), 895-898. https://doi.org/10.1016/0029-7844(96)00234-7

Coleman, S. (2017). *The Ethics of Artificial Uteruses: Implications for Reproduction and Abortion.* Routledge. https://doi.org/10.4324/9781351146807

Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. (2010). *Guia d'assistència del part a casa. Barcelona 2010*.

Comisión Europea: Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. (2004). *Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa: plan estratégico para la acción*. https://www.aeped.es/sites/default/files/5-europe_a_blueprint_for_action.pdf

Confederación Internacional de Matronas. (2011). *Definición Internacional de Matrona de la Confederación Internacional de Matronas*. https://www.internationalmidwives.org/es/nuestro-trabajo/pol%C3%ADtica-y-pr%C3%A1ctica/definiciones-de-la-icm.html

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2021). *El CGCOM rechaza y considera muy desafortunado el concepto de "violencia obstétrica" para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y posparto en nuestro país*.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de las Naciones Unidas. (2020). *Decisión adoptada por el Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 138/2018 (CEDAW/C/75/D/138/2018)*. https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=ktGc%2BDXMV8wtuuPkWp5Q1N7mekzpUfhv7gKnBHWTxOkn5%2B4z2UCn%2BYLelUjhNWJdi12Dduf k4i0UH9e4jdVJEqNfVlnhDp%2BdYVLRhWbivRw%3D

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de las Naciones Unidas. (2022). *Dictamen aprobado por el Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 149/2019 (CEDAW/C/82/D/149/2019)*. https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=M%2FQBe%2FMpDhtd%2BpC%2BvFH04xu0JzKdKDeXF68FfF6YjXXYzKur%2FCJBkioWnG%2BjKFDs7j6MAkuBYa5T0gfmykyW%2FuwEdboWKxomw3L8p1aEHEE%3D

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de las Naciones Unidas. (2023). *Dictamen del Comité en virtud del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo respecto de la Comunicación núm. 154/2020 (CEDAW/C/84/D/154/2020)*. https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=ZpIuQLSaAhZqXPVb

MdTYOT5HBt3d4y5GmHMTwR2kzfPhDZLxHKVjfdDpD2oXnWMXuhicXDxjg4KvUkWEiCJKoip%2FSphmIYld7gyqHH%2B9xXA%3D
Cosminsky, S. (1977). Part four: Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca. *Medical Anthropology*, *1*(3), 69-104. https://doi.org/10.1080/01459740.1977.9965825
Crespo, C., & Visa, M. (2014). *Madres en red: del lavadero a la blogosfera*. Clave intelectual.
Cuboniks, L. (2018). *The Xenofeminist Manifesto: A Politics for Alienation*. Verso Trade.
D'Aversa, C. Y. (1987). The right of abortion in surrogate motherhood arrangements. *Northern Illinois University law review*, *7*(1), 1-39.
Davis, G., & Loughran, T. (Eds.). (2017). *The Palgrave Handbook of Infertility in History: Approaches, Contexts and Perspectives*. Springer.
Davis-Floyd, R. (1996). Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth. *Medical Anthropology Quarterly*, *10*(2), 237-269.
Davis-Floyd, R. (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *75*(suplemento 1), 5-23.
Davis-Floyd, R., Barclay, L., Daviss, B.-A., & Tritten, J. (Eds.). (2009). *Birth Models That Work*. University of California Press.
Davis-Floyd, R., & Davis, E. (1996). Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth. *Medical Anthropology Quarterly*, *10*(2), 237-269. https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00080
Davis-Floyd, R., & Dumit, J. (Eds.). (1998). *Cyborg Babies. From Techno-Sex to Techno-Tots*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203948729
Davis-Floyd, R. E., & Sargent, C. F. (Eds.). (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. University of California Press. https://doi.org/10.2307/jj.2711580
Davis-Floyd, R., & Franklin, S. (2005). On Reproduction. En H. J. Birx (Ed.), *Encyclopedia of Anthropology*. Sage Publications. https://www.davis-floyd.com/sages-reproduction/
De Andrade Ramos Cavalcanti, A. (2020). *La economía del nuevo parto y nacimiento: discursos, biopolíticas y feminismos por un parto humanizado.* (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona.
De Beauvoir, S. (1949). *The Second Sex* (Año 2010). Vintage Books.
De Miguel, J. M. (1996). *Auto/biografías*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
De Molina Fernández, I., & Muñoz Sellés, E. (2010). El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas profesión*, *11*(2), 53-57.
Del Valle, T., Apaolaza, J. M., Arbe, F., Cucó, J., Díez, C., Esteban, M. L., Etxeberria, F., & Maquieira, V. (2002). *Modelos emergentes en los sistemas y relaciones de género*. Narcea Ediciones.
DeVoss, D. (2019). TechnoFeminisms: A Conversation About Pasts, Presents, and Futures. *Computers and Composition*, *51*, 68-78. https://doi.org/10.1016/j.compcom.2018.11.006
Díaz García, L. I., & Fernández M., Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho (Valparaíso)*, *ahead*, 0-0. https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301
Dick-Read, G. (1961). *Childbirth without Fear. The principles and practices of natural childbirth* (4.ª ed.). William Heinemann Medical Books, Ltd.
Diputació de Barcelona. (2013). *Breu història del recinte de Maternitat*.
Dona Llum (Associació Catalana per un Part Respectat), & Bg, M. (2018). *Informe: néixer en horari laboral*. https://www.donallum.org/blog/informe-neixer-en-horari-laboral/
Doppman, J. L., Zapol, W., Kolobow, T., & Pierce, J. (1970). Angiocardiography of Fetal Lambs on Artificial Placenta. *Investigative Radiology*, *5*(3), 181-186. https://doi.org/10.1097/00004424-197005000-00007

Douglas, M. (1970). *Símbolos naturales, Exploraciones en cosmología* (Año 1988). Alianza Editorial.

Duby, G., & Perrot, . Michelle (Eds.). (2000). *Historia de las mujeres. El siglo XIX (Tomo 4)*. Taurus. https://cursoshistoriavdemexico.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/07/georges-duby-y-michelle-perrot-historia-de-las-mujeres-4.-el-siglo-xix.pdf

Duran, A. M. (1992). The safety of home birth: the farm study. *American Journal of Public Health*, *82*(3), 450-453. https://doi.org/10.2105/AJPH.82.3.450

Eakins, P. S. (1986). *The American Way of Birth*. Temple University Press.

Eden, A. H., Moor, J. H., Søraker, J. H., & Steinhart, E. (2015). *Singularity Hypotheses*. Springer.

Educer. (2012). *Informe Educer. Observatorio del parto en casa en España (nºII). Mapa del parto en casa en España (datos de 2010)*. https://www.academia.edu/11121083/Observatorio_del_Parto_en_Casa_en_Espa%C3%B1a_No_II_Mapa_del_Parto_en_Casa_en_Espa%C3%B1a

Educer. (2013). *Informe Educer. Observatorio del parto en casa en España (nºIV). Mapa del parto en casa en España (datos de 2011)*.

Educer. (2014). *Informe Educer. Observatorio del parto en casa en España (nºV). Mapa del parto en casa en España (datos de 2012)*.

Educer. (2015). *Informe Educer. Observatorio del parto en casa en España (nºVI). Mapa del parto en casa en España (datos de 2013)*.

Edwards, J., Franklin, S., Hirsch, E., Price, F., & Strathern, M. (1993). *Technologies of Procreation. Kinship in the Age of Assisted Conception*. Manchester University Press. https://doi.org/10.4324/9780203979884

Edwards, R. G., Donahue, R. P., Baramki, T. A., & Jones, H. W. (1966). Preliminary attempts to fertilize human oocytes matured in vitro. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *96*(2), 192-200. https://doi.org/10.1016/0002-9378(66)90315-2

Ehrenreich, B., & English, D. (1973). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de las sanadoras* (Año 1981). La Sal.

El Parto es Nuestro. (2012). https://www.elpartoesnuestro.es/

Epperson, C. N., Steiner, M., Hartlage, S. A., Eriksson, E., Schmidt, P. J., Jones, I., & Yonkers, K. A. (2012). Premenstrual Dysphoric Disorder: Evidence for a New Category for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, *169*(5), 465-475. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11081302

Escuriet Peiro, R., Espada Trespalacios, X., Morros Serra, M., Alcaraz Vidal, L., Brigidi, S., Bueno Lopez, V., Busquets Gallego, M., Cambredó, M. V., Carreras, E., Cobo, J., & Comas Gabriel, M. C. (2024). *Pla per a l'abordatge de la violència obstètrica i la vulneració dels drets sexuals i reproductius (2023–2028)*. https://doi.org/10.62727/DSalut/10977

Escuriet, R., Pueyo, M., Biescas, H., Espiga, I., Colls, C., Sanders, M., Kinnear, A., Roberts, M., Gomes, S., Fusté, J., & Ortún, V. (2014). La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Profesión*, *15*(2), 62-70.

Esteban Galarza, M. L. (1992). *Actitudes y percepciones de las mujeres respecto a su salud reproductiva y sexual. Necesidades de salud percibidas por las mujeres y respuesta del sistema sanitario*. Universitat de Barcelona.

Esteban, M. L. (2004a). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Edicions Bellaterra.

Esteban, M. L. (2004b). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC*, *12*. http://www.ehu.es/CEIC/papeles/12.pdf

Everett, D. L. (2005). Cultural Constraints on Grammar and Cognition in Pirahã: Another look at the design features of human language. *Current Anthropology*, *46*(4), 621-646. https://doi.org/10.1086/431525

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), & Associació Catalana de Llevadores. (2015). *Comunicado de la FAME ante la difusión del informe sobre competencias de las matrones y tareas que realizan las doulas*.

Federación de Matronas de España. (2007). *Iniciativa parto normal. Documento de consenso*.

Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics*, *110*(1), 16-26. https://doi.org/10.1542/peds.110.1.16

Fernández Fernández-Arroyo, M. (2013). Análisis comparativo de las principales escuelas de Educación Maternal. *Índex de Enfermería*, *22*(1-2). https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4321/S113212962013000100009

Fernández Juárez, G., González González, I., & García Ortiz, P. (Eds.). (2008). *La diversidad frente al espejo. Salud, Interculturalidad y Contexto Migratorio*. Abya-Yala.

Folch Jou, G. (Ed.). (1986). *1.- Historia general de la farmacia: el medicamento a través del tiempo*. Sol.

Fons, V. (2008). Algunas consideraciones teóricas a propósito de la concepción de la salud procreativa de las mujeres ndowe de Guinea Ecuatorial. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Diversidad frente al espejo. Salud, Interculturalidad y Contexto Migratorio* (pp. 213-222). Abya-Yala.

Fons, V., Casado, I., Imaz, E., Lázare, S., & Sáez, M. (2019). Cronografías procreativas: Ejemplos etnográficos analizados desde una nueva perspectiva. *AIBR Revista de Antropologia Iberoamericana*, *14*(3), 389-415. https://doi.org/10.11156/aibr.140303

Fons, V., Piella Vila, A., & Valdes Gazquez, M. (Eds.). (2011). *Procreación, crianza y Genero. Aproximaciones Antropológicas a la Parentalidad*. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. (PPU).

Franco Grande, A., Cortés Laíño, J., & Álvarez Escudero, J. (2007). Historia de la anestesia-analgesia obstétrica en España durante la segunda mitad del siglo XIX. Su estudio a través de las tesis doctorales. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, *50*(5), 292-303.

Franklin, S. (1997). *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*. Routledge.

Franklin, S., & Ragoné, H. (Eds.). (1997). *Reproducing Reproduction*. University of Pennsylvania Press.

Gamba, S. (2008). Feminismo: historia y corrientes. *Mujeres en Red. El Periódico Feminista*. http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1397

García Arregui, A. (2019). *Psicoprofilaxis y Educación Maternal. Historia de la preparación al parto en España.* [TD]. Universitat Autònoma de Barcelona.

García, E. M. (2018). *La violencia obtétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. Universidad Autónoma de Madrid.

García Galán, S., Medina Quintana, S., & Suárez Suárez, C. (Eds.). (2014). *Nacimientos bajo control el parto en las edades Moderna y Contemporánea*. Trea.

Garriga, J., & Noel, J. (2010). Notas para una definición antropológica de la violencia: un debate en curso. *Publicar*, *IX*, 97-121.

Gaskin, I. M. (1975a). *Partería espiritual. La naturaleza del nacimiento entre el amor y la ciencia* (Año 2007). Mujer Sabia Editoras.

Gaskin, I. M. (1975b). *Spiritual midwifery* (Año 2002). Book Publishing Company.

Gaskin, I. M. (1996). Intuition and the Emergence of Midwifery as Authoritative Knowledge. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, *10*(2). https://doi.org/https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00120

Gaskin, I. M. (2016). *Guía del nacimiento*. Capitán Swing Libros.

Gelfand, S., & Shook, J. R. (Eds.). (2006). *Ectogenesis: artificial womb technology and the future of human reproduction* . Rodopi.

Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència. Direcció General de Comunicació del Govern. (2008). *Acords de Govern. 4 de novembre de 2008*.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2005). *Estudi sobre la Situació de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva. Any 2005*.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2007a). *Protocol per a l'assistència natural al part normal*. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2007b). *Protocol per a l'assistència natural al part normal. Pla de Reordenació de l'Atenció Materno-Infantil a Catalunya*.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2015). *Memòria del CatSalut 2014*.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, & Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2013). *Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal*. www.aatrm.net

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. (2003). *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*.

Ginsburg, F. D., & Rapp, R. (Eds.). (1995). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. University of California Press.

Ginsburg, F., & Rapp, R. (1991). The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology*, *20*(1), 311-343. https://doi.org/10.1146/annurev.an.20.100191.001523

Goberna Tricas, J. (2009). *Dones i procreació. Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement* [TD]. Universitat de Barcelona.

Goberna-Tricas, J., & Boladeras, M. (Eds.). (2018). *Violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Tecnos.

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2007). *Plan de parto y nacimiento. Estrategia de atención al parto normal. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva*.

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2011a). *Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2011b). *IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia*. https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/24590_calidad_en_la_asistencia_profesional_al_nacimiento_y_la_lactancia.pdf

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/m_sanidad_-_estrategia_de_atencion_al_parto_normal_2007.pdf

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/AHP.pdf

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*.

https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf
Godelier, M. (2004). *The Metamorphoses of Kinship* (Año 2012). Verso Books.
González de Zárate, J., Fernández Rodrigo, B., & Ignacio Gómez Herreras, J. I. (2015). Historia del alivio del dolor del parto en España. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, 52*, 71-84. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5530819.pdf
Grau Rebollo, J., Rodríguez-García, D., & Valenzuela-Garcia, H. (Eds.). (2011). *ParentescoS. Modelos Culturales de Reproducción* (1a ed.). Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. (PPU).
Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), & Tamés (Dir.), R. (2015). *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/677/Violencia%20obstetrica.pdf?sequence=5&isAllowed=y
Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/m_sanidad_-_guia_practica_clinica_atencion_al_parto_normal_2010.pdf
Haire, N. (1927). *Hymen, or the Future of Marriage.* Kegan Paul, Trench, Trubner.
Haldane, J. B. S. (1924). *Daedalus or Science and the Future*.
Haraway, D. (1992). The Promises of Monsters: A Regenerative Politics for Inappropriate/d Others. En L. Grossberg, C. Nelson, & P. A. Treichler (Eds.), *Cultural Studies* (1st ed., pp. 295-337). Routledge. https://doi.org/10.1515/9781474473668-022
Haraway, D. (2013). *Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203873106
Heape, W. (1891). III. Preliminary note on the transplantation and growth of mammalian ova within a uterine foster-mother. *Proceedings of the Royal Society of London*, *48*(292-295), 457-458. https://doi.org/10.1098/rspl.1890.0053
Helmreich, S. G. (1995). *Anthropology Inside and Outside: The Looking-Glass Worlds of Artificial Life*. Stanford University.
Hernández Garre, J. M., & Echevarría Pérez, P. (2014). La parte negada del parto institucionalizado: Explorando sus bases antropológicas. *Revista de Dialectologia y Tradiciones Populares*, *69*(2), 327-348. https://doi.org/10.3989/rdtp.2014.02.004
Hernández Garre, J. M., & Echevarría Pérez, P. (2015). El nacimiento hospitalario e intervencionista: Un rito de paso hacia la maternidad. *AIBR Revista de Antropologia Iberoamericana*, *10*(3), 401-426. https://doi.org/10.11156/aibr.100306
Hernández Garre, J. M., & Echevarría Pérez, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del «paradigma tecnocrático». *Revista Internacional de Sociologia (RIS)*, *74*(1). https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025
Hester, H. (2018). *Xenofeminism*. John Wiley & Sons.
Holland, M. P. (2012). *Social Bonding & Nurture Kinship. Compatibility between cultural and biological approaches*. Createspace Independent Publishing.
Hospital Sant Joan de Déu. (2010). *Programa MARE*. https://www.sjdhospitalbarcelona.org/ca/serveis-assistencials/medicina-maternofetal-obstetricia
Hunt, L. (1996, abril 26). The mother of happy birth days. *Independent*. https://www.independent.co.uk/life-style/the-mother-of-happy-birth-days-1306801.html
Hutter Epstein, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Turner Publicaciones.

Imaz Martínez, E. (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas del cuerpo fronterizo. *Política y Sociedad*, *36*.

Imaz Martínez, E. (2007). *Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas* [TD]. Universidad del País Vasco.

Imaz Martínez, E. (2010a). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Ediciones Cátedra.

Imaz Martínez, E. (2010b). Entre ginecólogos y matronas. La relación con lo médico en la cotidianidad de la embarazada. En M. L. Esteban Galarza, J. M. Comellas i Esteban, M. C. Díez Mintegui, & V. Stolcke (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 173-190). Edicions Bellaterra.

Imaz Martínez, E. (2017). La maternité partagée chez les couples de lesbiennes. *Ethnologie Française*, *3*.

International Childbirth Educators Association. (s. f.). Recuperado 19 de abril de 2025, de https://icea.org/

Jefferey, P., Jeffery, R., & Lyon, A. (1989). *Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India*. London Zed Books.

Jeremiah, E. (2006). Motherhood to Mothering and Beyond Maternity in Recent Feminist Thought. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, *8*(1). https://jarm.journals.yorku.ca/index.php/jarm/article/view/5011

Jordan, B. (1977). *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in the Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Waveland Press.

Karmel, M. (1965). *Thank you, Dr. Lamaze; a mother's experiences in painless childbirth*. Dolphin Books.

Kass, L. R. (1979). «Making babies» revisited. *The Public Interest*, *54*, 32-60.

Kaufman, T. (2007). Evolution of the Birth Plan. *Journal of Perinatal Education*, *16*(3), 47-52. https://doi.org/10.1624/105812407x217985

Kerley, P. (2016, mayo 4). NCT: The National Childbirth Trust's 60 years of advice. *BBC News Magazine*.

Kitzinger, S. (1962). *The experience of childbirth*. Camelot Press.

Kitzinger, S. (1978). *Women as Mothers: Ho They See Themselves in Different Cultures*. Vintage Books.

Kitzinger, S. (1991). *Birth Your Way: Choosing Birth at Home Or in a Birth Center* (Año 2011 (3a ed.)). Fresh Heart Publishing.

Kitzinger, S. (2006). *Birth Crisis*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203968727

Konvalinka, N. (Ed.). (2012). *Modos y maneras de hacer familia. Las familias tardías, una modalidad emergente*. Editorial Biblioteca Nueva.

Kotakk, C. P. (2003). *Espejo para la humanidad. Introducción a la Antropología cultural*. McGraw-Hill.

Kumar-Hazard, B. (2018). Chapter 3: Human Rights in Childbirth. En S. Pairman, S. K. Tracy, H. Dahlen, & L. Dixon (Eds.), *Midwifery Preparation for Practice 4E* (4.ª ed.). Elsevier.

Kuwabara, Y., Okai, T., Imanishi, Y., Muronosono, E., Kozuma, S., Takeda, S., Baba, K., & Mizuno, M. (1987). Development of Extrauterine Fetal Incubation System Using Extracorporeal Membrane Oxygenator. *Artificial Organs*, *11*(3), 224-227. https://doi.org/10.1111/j.1525-1594.1987.tb02663.x

Kuwabara, Y., Okai, T., Kozuma, S., Unno, N., Akiba, K., Shinozuka, N., Maeda, T., & Mizuno, M. (1989). Artificial Placenta: Long-Term Extrauterine Incubation of Isolated Goat Fetuses. *Artificial Organs*, *13*(6), 527-531. https://doi.org/10.1111/j.1525-1594.1989.tb01574.x

Laderman, C. (1983). *Wives and Midwives: Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia*. University of California Press.

Lamaze International. (s. f.). Recuperado 19 de abril de 2025, de www.lamaze.org

Lamm, S., & Wigmore, M. (2012). *Birthstory: Ina May Gaskin & the Farm Midwives* [Video recording].

Lázare Boix, S. (2014a). Distopías obstétricas. Úteros artificiales y otros artilugios de la tecnología biomédica: nuevos dolores de cabeza para la antropología feminista de la salud. *II Congreso de Antropología Feminista*.

Lázare Boix, S. (2014b). La concepción de la violencia obstétrica en Barcelona: un ejemplo etnográfico de cómo los riesgos pueden derivar en un peligro colectivo contra la salud. En J. Prat i Carós (Ed.), *Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español (FAAE)* (pp. 4306-4329). Universitat Rovira i Virgili. https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2014/310764/LazareBoix_y2014_FAAE_pop.pdf

Lázare Boix, S. (2014c). 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. En J. Prat i Carós (Ed.), *Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español (FAAE)* (pp. 1458-1472). Universitat Rovira i Virgili.

Lázare Boix, S. (2016a). Análisis antropológico del cuerpo en los relatos de parto normal de mujeres y profesionales de Barcelona. *Musas. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, *1*(1), 3-15.

Lázare Boix, S. (2016b). Conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad en el parto natural : el caso del centro de salud Marenostrum de Barcelona. *Quaderns-e*, *12*, 18-32. https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2016/310636/LazareBoix_quadernse_21_conc.pdf

Lázare Boix, S. (2018). Pensar la violencia obstétrica desde la antropología: aportaciones, propuestas y herramientas. En J. Goberna-Tricas & M. Boladeras (Eds.), *El concepto «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento* (pp. 151-160). Tecnos.

Lázare, S. (2011). *Cuerpo, persona y maternidad en el parto natural. Aproximación teórica y estudio de caso del centro de salud Marenostrum*. Universitat Autònoma de Barcelona.

Lázare, S., & Fons Renaudon, V. (2016). Los procesos procreativos desde la Antropología: el caso de las madres de Barcelona por un parto respetado. *Quaderns-e*, *21*(2), 21-37. https://raco.cat/index.php/QuadernseICA/article/view/320535.

Le Breton, D. (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad* (Año 2002). Nueva Visión.

Le Breton, D. (1992). *Sociología del cuerpo* (Año 2002). Nueva Visión.

Leboyer, F. (1952). *Por un nacimiento sin violencia* (Año 2008). Mandala Ediciones.

Ley nacional Nº 25.929: Parto humanizado., Pub. L. No. 25.929 (2004).

Ley Nº 26.485 Ley de protección integral de las mujeres. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009).

Ley Nº 235: Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, Gaceta Oficial (2008). https://www.legisver.gob.mx/leyes/LeyesPDF/MUJVIOLT.O..pdf

Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela (2007). https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf

Liedloff, J. (2009). *El concepto del continuum. En busca del bienestar perdido*. Editorial Ob Stare.

Lilley, S. (2012). *Transhumanism and Society The Social Debate over Human Enhancement*. Springer.

Linares Abad, M. (2009, octubre). Mujeres matronas, un recorrido por la Historia con perspectiva de Género. *I Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres, 15 al 31-octubre-2009*.

Lindenbaum, S., & Lock, M. M. (Eds.). (1993). *Knowledge, Power, and Practice: The Anthropology of Medicine in Everyday Life*. University of California Press.

Long, D., Hunter, C., & Van der Geest, S. (2008). When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Anthropology & Medicine*, *15*(2), 71-78. https://doi.org/10.1080/13648470802121844

López, I. (1998). An Ethnography of the Medicalization of Puerto Rican Women's Reproduction. En M. Lock & P. A. Kaufert (Eds.), *Pragmatic Women and Body Politics* (pp. 204-259). Cambridge University Press.

Lothian, J. (2006). Birth plans: The good, the bad, and the future. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *35*(2), 295-303. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x

Lubián López, D. M. (2011, mayo). Nuevas tendencias en la humanización del parto. *31 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)*.

Ludovici, A. (1924). *Lysistrata, or Women's Future and Future Women*. Kegan Paul, Trench, Trubner.

MacCormack, C. P. (Ed.). (1982). *Ethnography of Fertility and Birth*. Academic Press.

Madden, K. (2012). *Hypnosis for Pain Management During Childbirth: A Meta-analysis*.

Mangham, A., & Depledge, G. (Eds.). (2011). *The Female Body in Medicine and Literature*. Liverpool University Press. https://doi.org/10.5949/UPO9781846316289

Mantilla, M. J. (2008). Hacia la construcción de una etnografía en un hospital psiquiátrico. *(Con)textos: revista d'antropologia i investigació social*, *2*, 93-102. https://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/view/2154/2294

Martí, N. (2015). *Autogestió de l'embaràs i construcció de l'experiència: apropiació del procés i itineraris d'atenció*.

Martin, E. (1987). *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.

Martina, J. F. (2016). *Historia de la anestesia*. https://www.studocu.com/latam/document/universidad-autonoma-de-santo-domingo/anestesiologia/historia-pages-3-10-hostoria/34551396

Martínez de la Riva de la Gándara, Á. (2007). La preparación materna para el parto. Técnicas y resultados. En L. Cabero i Roura, D. Salívar Rodríguez, & E. Cabrillo Rodríguez (Eds.), *Obstetricia y medicina materno-fetal* (pp. 375-381). Editorial Médica Panamericana.

Masana, L. (2016). L'antropòloga està de dol la mort dels participants de la nostra recerca. *Quaderns-e*, *21*(1), 3-17.

Matrix, S. E. (2001). Cyberfeminism and Technoculture Studies: An Annotated Bibliography. *Women's Studies Quarterly*, *29*(3/4), 231-249.

Mauss, M. (1979). *Sociología y antropología*. Editorial Technos.

McClain, C. (1975). Ethno-Obstetrics in Ajijic. *Anthropological Quarterly*, *48*(1), 38-56. https://doi.org/10.2307/3316856

McIntosh, T. (2012). *A Social History of Maternity and Childbirth. Key Themes in Maternity Care*. Routledge.

McPherson, N., & Walks, M. (Eds.). (2011). *Anthropology of Mothering*. Demeter Press.

Mead, M., & Newton, N. (1965). Conception, Pregnancy, Labor and the Puerperium in Cultural Perspective. En *First International Congress of Psychosomatic Medicine and Childbirth*. Gauthier-Villars.

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020a). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21), 7726. https://doi.org/10.3390/ijerph17217726

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020b). Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(1), 199. https://doi.org/10.3390/ijerph18010199

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Valero-Chillerón, M. J., Andreu-Pejó, L., & Cervera-Gasch, Á. (2021). Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(7), 3359. https://doi.org/10.3390/ijerph18073359

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., Valero-Chillerón, M. J., Llagostera-Reverter, I., & Mahiques-Llopis, J. (2025). Violencia obstétrica durante la pandemia del SARS-CoV-2 en España: estudio descriptivo. *Enfermería Clínica*, *35*(2), 102151. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.10.003

Menéndez, E. L. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana.

Menkin, M. F., & Rock, J. (1948). In vitro fertilization and cleavage of human ovarian eggs. *American journal of obstetrics and gynecology*, *55*(3), 440-452. https://doi.org/10.1016/s0002-9378(15)32963-x

Merck, M., & Sandford, S. (2010). *Further adventures of the dialectic of sex: Critical essays on Shulamith Firestone*. Springer.

Michaels, P. A. (2007). *Chilbirth pain relief and the Soviet origins of Lamaze Method*. The National Council for Eurasian and East European Research.

Michaels, P. A. (2010). A Chapter From Lamaze History: Birth Narratives and Authoritative Knowledge in France, 1952-1957. *Journal of Perinatal Education*, *19*(2), 35-43. https://doi.org/10.1624/105812410x495532

Michaels, P. A. (2014). *Lamaze: An International History*. Oxford University Press.

Miura, Y., Matsuda, T., Funakubo, A., Watanabe, S., Kitanishi, R., Saito, M., & Hanita, T. (2012). Novel modification of an artificial placenta: pumpless arteriovenous extracorporeal life support in a premature lamb model. *Pediatric Research*, *72*(5), 490-494. https://doi.org/10.1038/pr.2012.108

Miura, Y., Saito, M., Usuda, H., Woodward, E., Rittenschober-Böhm, J., Kannan, P. S., Musk, G. C., Matsuda, T., Newnham, J. P., & Kemp, M. W. (2015). Ex-Vivo Uterine Environment (EVE) Therapy Induced Limited Fetal Inflammation in a Premature Lamb Model. *PLoS One*, *10*(10), e0140701. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140701

Montes Muñoz, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* [TD]. Universitat Rovira i Virgili.

Montes Muñoz, M. J. (2010). Mujeres, reproducción y género. Encuentros asistenciales en el embarazo y parto. En M. L. Esteban Galarza, J. M. Comelles i Esteban, M. C. Díez Mintegui, & V. Stolcke (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 191-208). Edicions Bellaterra.

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2016*(11). https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4

Murialdo Miniello, V. (2019). *La construcción cultural del parto respetado en Madrid*. Universidad Complutense de Madrid.

Murphy, J. S. (1989). Is Pregnancy Necessary? Feminist Concerns About Ectogenesis. *Hypatia*, *4*(3), 66-84. https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1989.tb00592.x

Narotzky, S. (1995). *Mujer, mujeres, género: una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Nárvaez Sotelo, N., & El Parto es Nuestro. (2013). *Sin título (texto de denuncia por fórceps didácticos)*.

Newman, L. F. (1985). Women's Medicine: A Cross-Cultural Study of Indigenous Fertility Regulation. *Studies in Family Planning*, *16*(6), 351. https://doi.org/10.2307/1967062

Núñez Galván, L. (2015). *Llevadores casolanes del segle XX. Pràctiques, coneixements i vivències d'un ofici*. Edicions Bellaterra.

Oakley, A. (1980). *Women confined. Towards a Sociology of Childbirth*. Martin Robertson.

Oakley, A. (1984). *Taking it like a woman. A Personal History*. Random House.

Oakley, A. (1987). From Walking Wombs to Tes-tube Babies. En M. Stanworth (Ed.), *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. University of Minnesota Press.

Odent, M. (1986). *Primal Health. Understanding the Critical Period Between Conception and First Birthday* (Año 2012). Clairview Books.

Oitzl, M. S., Workel, J. O., Fluttert, M., Frösch, F., & De Kloet, E. R. (2000). Maternal deprivation affects behaviour from youth to senescence: amplification of individual differences in spatial learning and memory in senescent Brown Norway rats. *European Journal of Neuroscience*, *12*(10), 3771-3780. https://doi.org/10.1046/j.1460-9568.2000.00231.x

Olza Fernández, I., Marín Gabriel, M., Malalana Martínez, A., Fernández-Cañadas Morillo, A., López Sánchez, F., & Costarelli, V. (2012). Newborn feeding behaviour depressed by intrapartum oxytocin: a pilot study. *Acta Paediatrica*, *101*(7), 749-754. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02668.x

Ombelet, W., & Van Robays, J. (2015). Artificial insemination history: hurdles and milestones. *Facts, views & vision in ObGyn*, *7*(2), 137-143.

O'Reilly, A. (Ed.). (2010). *Encyclopedia of Motherhood*. SAGE Publications.

Organización Mundial de la Salud. (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. *The Lancet*, *2*(8452), 436-437.

Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el parto normal. Una Guia práctica.*

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*.

Parra Casado, M., & Müller, A. E. (2017). El impacto de la arquitectura humanizada en áreas de Maternidade. *Ingeniería Hoy*, 44-46. http://www.europeristat.com/reports.html

Partridge, E. A., Davey, M. G., Hornick, M. A., McGovern, P. E., Mejaddam, A. Y., Vrecenak, J. D., Mesas-Burgos, C., Olive, A., Caskey, R. C., Weiland, T. R., Han, J., Schupper, A. J., Connelly, J. T., Dysart, K. C., Rychik, J., Hedrick, H. L., Peranteau, W. H., & Flake, A. W. (2017). An extra-uterine system to physiologically support the extreme premature lamb. *Nature Communications*, *8*(1), 15112. https://doi.org/10.1038/ncomms15112

Pérez Ramos, F. J. (s. f.). *Revisión bibliográfica planes de parto y nacimiento*. Recuperado 1 de mayo de 2025, de http://www.sergas.es/Docs/EnPortada/Eventos/ponencias_xorperiVI/5.pdf

Pérez Sánchez, C. N. (2004). La construcción social de la infancia. Apuntes desde la sociología. *Témpora: Revista de Historia y Sociología de la Educación*, *7*, 149-168.

Petchesky, R. P. (1987). Fetal Images: The Power of the Visual Culture in the Politics of Reproduction. *Feminist Studies*, *13*(2), 263-292.

Pincus, G., & Enzmann, E. V. (1935). The comparative behavior of mammalian eggs in vivo and in vitro: I. The activation of ovarian eggs. *Journal of Experimental Medicine*, *62*(5), 665-675. https://doi.org/10.1084/jem.62.5.665

Pinto González, W. A. (2003). Historia del feminismo. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, *18*(225), 30-45. https://www.revistauniversitaria.uady.mx/pdf/225/ru2254.pdf

Press, N., Browner, C. H., Tran, D., Morton, C., & Le Master, B. (1996). Provisional Normalcy and 'Perfect Babies': Pregnant Women's Attitudes Towards Disability in the Context of the Prenatal Testing. En S. Franklin & H. Ragoné (Eds.), *Reproducing Reproduction* (pp. 46-65). University of Pennsylvania Press.

Prill, H. J., Stauber, M., & Teichmann, A. (Eds.). (1988). *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1987*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-73374-1

Puente, S. N. (2008). From cyberfeminism to technofeminism: From an essentialist perspective to social cyberfeminism in certain feminist practices in Spain. *Women's Studies International Forum*, *31*(6), 434-440. https://doi.org/10.1016/j.wsif.2008.09.005

Purzycki, B. G., Apicella, C., Atkinson, Q. D., Cohen, E., McNamara, R. A., Willard, A. K., Xygalatas, D., Norenzayan, A., & Henrich, J. (2016). Moralistic gods, supernatural punishment and the expansion of human sociality. *Nature*, *530*(7590), 327-330. https://doi.org/10.1038/nature16980

Quattrocchi, P. (2018). Violencia obstétrica. Aportes desde América Latina. *Gênero & Direito*, *7*(1). https://doi.org/10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n1.38974

Quattrocchi. Patrizia, European Commission: Directorate-General for Justice and Consumers, Fondazione Giacomo Brodolini (FGB), & Scientific Analysis and Advice on Gender Equality in the EU (SAAGE). (2024). *Obstetric violence in the European Union: Situational analysis and policy recommendations*. https://doi.org/10.2838/440301

Rabinow, P. (1996). *Making PCR : a story of biotechnology*. University of Chicago Press.

Ranisch, R., & Sorgner, S. L. (Eds.). (2015). *Beyond Humanism: Trans- and Posthumanism.* Peter Lang Edition.

Raphael, D., & Davis, F. (1985). *Only Mothers Know: Patterns of Infant Feeding in Traditional Cultures.* (Vol. 16). Greenwood Press. https://doi.org/10.2307/2070359

Rapp, R. (1994). Commentary. *Newsletter of the Council on Anthropology and Reproduction*, *2*(1), 1-3.

Rapp, R. (2000). *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. Routledge.

Recio Alcaide, A., & Arranz Muñoz, J. M. (2020). Evaluación del impacto de la Estrategia de Atención al Parto Normal sobre las tasas de cesáreas y mortalidad perinatal en España. *Papeles de trabajo del Instituto de Estudios Fiscales. Serie economía*, *8*. https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/papeles_trabajo/2020_08.pdf

Rich, A. (1976). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución* (Año 1996). Ediciones Cátedra.

Ricoy, J. (2017). *Matriactivism. A practical guide*.

Ricoy Olariaga, J. (2020). *Parto y feminismo: Cómo parir en una sociedad machista*.

Rigol Cuadra, A. (2003). Antropología. Saberes de mujeres. La legitimización del conocimiento masculino. *Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, *7*(14), 21-26.

Romaní, O. (Ed.). (2013). Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto. En *VII Coloquio de la Red de Antropología Médica (REDAM)*. Publicacions URV.

Rothman, B. K. (1982). *In labor, Women and Power in the Birthplace*. Junction Books.
Rothman, B. K. (1986). *The Tentative Pregnancy*. Viking / Penguin.
Rowland, R. (1992). *Living Laboratories: Women and Reproductive Technology* (Vol. 14). Indiana University Press. https://doi.org/10.1177/027046769401400153
Ruddick, S. (1989). *Maternal thinking: Toward a politics of peace* (Año 1995). Beacon Press.
Ruiz-Berdún, D. (2022a). De los cursos de puericultura a la educación maternal: el papel de las matronas en la preparación para el nacimiento en España a lo largo del siglo XX. *Historia y Memoria de la Educacion*, *15*(15), 63-98. https://doi.org/10.5944/HME.15.2022.30597
Ruiz-Berdún, D. (2022b). *Historia de las matronas en España*. Guadalmazán.
Ruiz-Berdún, D., & Martín-Alcaide, R. (2018). La importancia del género en la historia de la atención al parto: la incorporación de los homres a la profesión en España. *Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, *41 (nº85)*, 191-216.
Ruiz-Berdún, D., & Olza, I. (2016). The past and the present of obstetric violence in Spain. En A. L. Periea & J. R. Pita (Eds.), *VI Jornadas internacionais de história da psiquiatria e saúde mental* (pp. 97-104). Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia-CEIS20 e Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde. https://www.researchgate.net/publication/315719993
Sackett, D. L. (1997). Evidence-Based Medicine. *Seminars in Perinatology*, *21*(1), 3-5. https://doi.org/10.1016/s0146-0005(97)80013-4
Sadler Spencer, M. M. (2021). *La tecnocracia biomédica vestida de humanismo.La atención del parto institucional en el Chile contemporáneo* [Universitat Rovira i Virgili]. http://hdl.handle.net/10803/672527
Sàez i Sellarés, M., & Catalán López, O. (2012). «Estás de siete meses y... ¿vienes ahora?» L'atenció a la salut sexual i reproductiva de la població gitana romanesa. *Perifèria. Revista d'investigació i formació en Antropologia*, *17*(1), 1. https://doi.org/10.5565/rev/periferia.362
San Román, T., González, A., & Grau, J. (2003). *Las relaciones de parentesco*. Universitat Autònoma de Barcelona - Servei de Publicacions.
Sapir, E. (1934). Symbolism. En E. R. A. Seligman & A. S. Johnson (Eds.), *Encyclopaedia of the Social Sciences* (Vol. 14, pp. 492-495). MacMillan Company.
Sargent, C., & Bascope, G. (1996). Ways of knowing about birth in three cultures. *Medical Anthropology Quarterly. New Series.*, *10*(2), 213-216.
Sargent, C. F. (1982). *The Cultural Context of Therapeutic Choice: Obstetrical Decisions among the Bariba of Benin*. D. Reidel.
Sargent, C., & Stark, N. (1989). 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. https://www.jstor.org/stable/648460
Schiebinger, L. (1986). Skeletons in the Closet: The First Illustrations of the Female Skeleton in Eighteenth-Century Anatomy. *Representations*, *14*, 42-82. https://doi.org/10.2307/2928435
Schneider, D. M. (1984). *A critique of the study of kinship*. Ann Arbor : University of Michigan Press.
Schütz, A. (1932). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva* (Año 1993). Paidós.
Selin, H., & Stone, P. K. (Eds.). (2009). *Childbirth Across Cultures: Ideas and practices of pregnancy, childbirth and the postpartum* (Vol. 5). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2599-9

Servei de Medicina Maternofetal, Institut Clínic de Ginecologia Obstetrícia i Neonatologia (ICGON), & Hospital Clínic Barcelona. (2011). *PART: Programa d'Atenció i Respecte al part Hospitalari*. www.partclinic.com

Shaffer, T., Wolfson, M., Greenspan, J., Hoffman, R., Davis, S., & Clark, L. (1996). Liquid ventilation in premature lambs: uptake, biodistribution and elimination of perfluorodecalin liquid. *Reproduction, Fertility and Development*, *8*(3), 409. https://doi.org/10.1071/RD9960409

Shefer, T. (1990). Feminist Theories of the Role of the Body Within Women's Oppression. *Critical Arts*, *5*(2), 37-54. https://doi.org/10.1080/02560049008537635

Sims, J. M. (1884). *The Story of My Life*. D. Appletron and Co.

Singer, P., & Wells, D. (1984). *The reproduction revolution: new ways of making babies*. Oxford University Press.

Smajdor, A. (2007). The Moral Imperative for Ectogenesis. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, *16*(03). https://doi.org/10.1017/S0963180107070405

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (s. f.). *Documento de consenso SEGO asistencia al parto*.

Squier, S. M. (1994). *Babies in bottles: twentieth-century visions of reproductive technology* (Vol. 33). r. https://doi.org/10.5860/CHOICE.33-0357

Steptoe, P. C., & Edwards, R. G. (1978). Birth after the reimplantation of a human embryo. *The Lancet*, *312*(8085), 366. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(78)92957-4

Stolcke, V. (1988). New reproductive technologies: the old quest for fatherhood. *Reproductive and genetic engineering*, *1*(1), 5-19.

Stoller Shaw, N. (1974). *Forced Labor: Maternity Care in the United States*. Pergamon Studies in Critical Sociology.

Strathern, M. (1992). *Reproducing the Future: Anthropology, Kinship, and the New Reproductive Technology*. Manchester University Press.

Sundström Poromaa, I., & Gingnell, M. (2014). Menstrual cycle influence on cognitive function and emotion processing from a reproductive perspective. *Frontiers in Neuroscience*, *8*. https://doi.org/10.3389/fnins.2014.00380

Tabet, P. (1985). Fertilité naturelle, reproduction forcé. En N.-C. Mathieu (Ed.), *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes* (pp. 61-146). Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Takeda, S., Kuwabara, Y., & Mizuno, M. (1986). Concentrations and origin of oxytocin in breast milk. *Endocrinologia Japonica*, *33*(6), 821-826. https://doi.org/10.1507/endocrj1954.33.821

Taylor, J. S. (1996). Image of Contradiction: Obstetrical Ultrasound in American Culture. En S. Franklin & H. Ragoné (Eds.), *Reproducing Reproduction* (pp. 15-45). University of Pennsylvania Press.

Téllez, A. (2007). *La investigación antropológica*. Editorial Club Universitario (ECU).

Thorwald, J. (1957). *The century of the Surgeon*. Pantheon Books.

Tosal, B., Brigidi, S., & Hurtado-García, I. (2013). Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas en el trabajo etnográfico enhospitales. En O. Romaní Alfonso (Ed.), *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto* (pp. 191-212). Publicacions URV. https://www.researchgate.net/publication/259621032_Antropologas_en_bata_blanca_praxis_y_problemas_en_el_trabajo_etnograficos_en_hospitales?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InByb2ZpbGUiLCJwYWdlIjoicHJvZmlsZSJ9fQ

Tracy, M., & Boyd, M. (1915). *Painless Childbirth. A general survey of all painless methods, with special stress on «twilight sleep» and its extension to America*. Frederick A Stokes Company.

Troisi, A., & D'Amato, F. R. (1984). Ambivalence in monkey mothering: Infant abuse combined with maternal possessiveness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *172*(2), 105-108. https://doi.org/10.1097/00005053-198402000-00007

Turner, V. (1967). *The Forest of Symbols*. Ithaca.

Uribe Oyarbide, J. M. (2009). El peligro del riesgo. Hacia una antropología de los riesgos. En M. A. Martorell Poveda, J. M. Comellas i Esteban, & M. Bernal (Eds.), *Enfermería y antropología: padeceres, cuidadores y cuidados : un homenaje a Dina Garcés* (pp. 141-162).

Uribe Oyarbide, J. M. (2016). Biopolítica del niño sano: procreación biológica, social y jurídica. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia (Parentalidades. Procesos procreativos, contextos emergentes y enfoques interdisciplinares)*, *21*(2), 103-118. www.antropologia.cat

Valle Cohaíla, V. V., Saravia Coronel, D. M., & Calderón Calisaya, D. R. (2006). *Programa de psicoprofilaxis y actitud de la gestante, Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna diciembre 2005 a febrero 2006*. https://studylib.es/doc/130480/trabajo-de-investigaci%C3%B3n-presentado-por-las-estudiantes-d...

Vallverdu, J. (2016). The Birth of Multicausality as the Death of Causality and Their Statistical Corollaries. En *Bayesians Versus Frequentists. A Philosophical Debate on Statistical Reasoning* (pp. 77-91). Springer. https://www.researchgate.net/publication/281972860

Vallverdú, J. (2017). The emotional nature of post-cognitive singularities. En *The Technological Singularity* (pp. 193-208). Springer.

Vallverdú, J., & Delgado, M. (2009). Values in controversies: stem cell research. *Bio-Phronesis: Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina.*, *4*(2), 1-27.

Vallverdú, J., & Lázare Boix, S. (2019). *Ectogenesis as the Dilution of Sex or the End of Females?* (pp. 105-122). https://doi.org/10.1007/978-3-476-04967-4_6

Van der Geest, S., & Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*, *59*(10), 1995-2001. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.004

Van Gennep, A. (1986). *Los rtitos de paso*. Taurus Ediciones.

Van Hoosen, B. (1915). *Scopolamine-Morphine Anaesthesia*. The House of Manz. http://www.archive.org/details/scopolaminemorphOOvanh

Villarmea, S., Olza, I., & Recio, A. (2015). El parto es nuestro:El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España. *Dilemata*, *7*(18), 157-183. https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/387/392

Wagner, M. (2000, octubre). El nacimiento en el nuevo milenio. *1º Congreso internacional de Parto y Nacimiento en casa*. https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0.-%20El%20nacimiento%20en%20el%20nuevo%20milenio_Marsden%20Wagner.pdf

Wajcman, J. (2004). *TechnoFeminism*. Polity Press.

Walker, D. S., Visger, J. M., & Rossie, D. (2009). Contemporary childbirth education models. *Journal of Midwifery and Women's Health*, *54*(6), 469-476. https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.02.013

Walzer Leavitt, J. W. (1980). Birthing and anesthesia: The debate over twilight sleep. *Signs (Women: Sex and Sexuality, Part 2)*, *6*(1), 147-164.

Whitehouse, H., François, P., Savage, P. E., Currie, T. E., Feeney, K. C., Cioni, E., Purcell, R., Ross, R. M., Larson, J., Baines, J., ter Haar, B., Covey, A., & Turchin, P. (2019). Complex societies precede moralizing gods throughout world history. *Nature*, *568*(7751), 226-229. https://doi.org/10.1038/s41586-019-1043-4

Wind, G. (2008). Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings. *Anthropology & Medicine*, *15*(2), 79-89. https://doi.org/10.1080/13648470802127098

Yuko, E. I. (2012). *Is the development of artificial wombs ethically desirable?* Dublin City University.

Zwelling, E. (2008). The Emergence of High-Tech Birthing. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *37*(1), 85-93. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00211.x

ANEXO I

FULL D'INFORMACIÓ DEL PROJECTE DE RECERCA

Escenaris i processos de la humanització del naixement. Estudi a la sanitat pública i privada de Barcelona

Aquest projecte de recerca es desenvolupa dins el Programa de Doctorat del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona. El seu principal objectiu és conèixer els processos d'humanització del naixement que s'han anat desenvolupant a Barcelona des de l'any 2000 i que encara continuen actius en l'actualitat. La investigació pretén conèixer les motivacions i necessitats que tant les usuàries i les seves parelles com els professionals de la salut tenen en relació a la humanització del naixement. També pretén estudiar comparativament com s'està implantant aquest nou model d'atenció sanitària al naixement en el camp de la sanitat pública i la sanitat privada de Barcelona.

En aquesta investigació participaran usuàries, parelles o acompanyants de les mateixes i professionals de la salut vinculats a La Maternitat d'El Clínic i alguns tècnics, responsables i coordinadors especialitzats en els serveis d'atenció a l'embaràs i el part de Barcelona. Els participants seran entrevistats per tal de poder obtenir dades relacionades amb els objectius de la recerca. Les dades personals seran anonimitzades per la investigadora amb codis, de manera que no serà possible relacionar les dades personals amb la informació sanitària proporcionada pels participants. La llista d'equivalències entre codis i identitats serà destruïda un cop hagi finalitzat la investigació.

Investigadora responsable: Sarah Lázare Boix

Supervisores: Dra. Virginia Fons i Dra. Aurora González. Departament d'Antropologia Social i Cultural, Universitat Autònoma de Barcelona.
Telèfons: 93 581 34 85 / 93 581 27 47

Per a obtenir més informació, fer consultes o aclarir dubtes poden escriure al següent correu electrònic:

sarah.lazareb@gmail.com

DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT INFORMAT

En/Na……,
amb DNI/NIE……, expresso la meva participació voluntària en la recerca "Escenaris i processos de la humanització del naixement. Estudi comparatiu entre la sanitat pública i privada a Barcelona", podent retirar-me de la mateixa en qualsevol moment sense donar explicacions i sense que això impliqui perjudici per a la meva persona.
Disposo de la informació suficient sobre la recerca, he pogut fer preguntes i consultes sobre ella i conec l'ús que es farà de les meves dades personals. Tinc coneixement de que la llista d'equivalències entre codis i identitats serà destruïda un cop hagi finalitzat la investigació.
Prenent tot això en consideració, ATORGO el meu CONSENTIMENT a que les meves dades siguin emprades per a l'obtenció de la informació del projecte.

Barcelona, a …….. de …….. del 20……

Interessat Investigadora

Sarah Lázare Boix
DNI 47832658-H
sarah.lazareb@gmail.com

Número de fitxa:	Data:	Torn:	Temps d'observació:

Localització / espai:

SALA DE PARTS

Tipus de part:

☐ Normal (eutócico) ☐ Vaginal amb anestèsia ☐ Instrumental (fòrceps, ventoses, …) ☐Cesària en curs de part

☐ Inducció ☐Cesària programada

Relació assistencial:

- El professional sanitari a càrrec s'ha presentat dient el seu nom? ☐ Sí ☐ No
- La informació proporcionada ha estat suficient? ☐ Sí ☐ No
- La informació proporcionada ha estat entesa per la dona? ☐ Sí ☐ No
- La manera de donar la informació ha estat respectuosa i ha transmès seguretat i ànim a la dona? ☐ Sí ☐ No
- Com ha estat la reacció de la dona davant les notícies rebudes? ☐ Satisfactòria ☐ Insatisfactòria
- S'ha informat / demanat consentiment a la dona de cadascun dels procediments mèdics duts a terme? ☐ Sí ☐ No
- S'ha informat suficient i correctament a la parella/acompanyant? ☐ Sí ☐ No ☐ No n'hi havia
- S'ha tingut en compte la voluntat de la dona en la mida del possible? ☐ Sí ☐ No

Notes:

L'atenció durant el part:

- S'ha preservat la intimitat de la dona? ☐ Sí ☐ No
- La dona ha entregat pla de part? ☐ Sí ☐ No
  En cas que sí: Qui va agafar el pla de part? _____
  On va ser dipositat? _____
  Quin ús se'n va fer? _____
- La dona ha estat informada de mesures alternatives per alleujar el dolor? ☐ Sí ☐ No
- La dona ha pogut triar la postura en el part? ☐ Sí ☐ No
- La dona ha pogut estar acompanyada durant tot el procés del part? ☐ Sí ☐ No
- S'ha informat a la dona sobre la donació de cordó? ☐ Sí ☐ No
- Quantes persones eren presents a l'habitació en el moment del naixement? _____

  De quin perfil professional eren?

  ☐ Llevadora ☐ LLIR (Est. Llevadora) ☐ Aux. clínica ☐ Est. Aux. Clínica

☐ Metge ☐ Est. Metge ☐ Altres: _____

Notes:

Puerperi immediat:

- La dona va poder realitzar el contacte pell amb pell just després de néixer el nadó? ☐ Sí ☐ No

  En cas que no, motiu: _____

- En cas que la mare no pogués realitzar el contacte pell amb pell, se li va oferir al pare fer-ho a ell? ☐ Sí ☐ No
- La mare va poder iniciar la lactància materna després del naixement ? ☐ Sí ☐ No ☐ Ha triat no donar el pit

  En cas que no, motiu: _____

- En cas de desitjar lactància materna, se li ha ofert ajuda / suport per dur-la a terme? ☐ Sí ☐ No
- S'ha proporcionat a la dona informació sobre la seva recuperació física durant el postpart (cura de cicatrius, cura de punta, efectes secundaris anestèsia, etc…)? ☐ Sí ☐ No

Notes:

NOTES EXTRES DE LES OBSERVACIONS

Número de fitxa:	Data:	Torn:	Temps d'observació:

Localització / espai:

SALA DE PARTS – ÀREA ESTÈRIL / QUIRÒFANS

Tipus de cesària:

☐ Cesària en curs de part ☐ Cesària urgent ☐ Cesària electiva (programada)

Motiu de la cesària:

Relació assistencial:

- Els professionals sanitaris a càrrec s'han presentat dient el seu nom?

☐ Llevadora que rep nen ☐ LLIR ☐ Anestesistes ☐ Cirurgians ☐ Auxiliars ☐ No s'han presentat

- La informació proporcionada ha estat suficient? ☐ Sí ☐ No
- La informació proporcionada ha estat entesa per la dona? ☐ Sí ☐ No
- La manera de donar la informació ha estat respectuosa i ha transmès seguretat i ànim a la dona? ☐ Sí ☐ No
- Com ha estat la reacció de la dona davant les notícies rebudes? ☐ Satisfactòria ☐ Insatisfactòria
- S'ha informat / demanat consentiment a la dona de cadascun dels procediments mèdics duts a terme? ☐ Sí ☐ No
- S'ha informat suficient i correctament a la parella/acompanyant? ☐ Sí ☐ No ☐ No n'hi havia
- S'ha tingut en compte la voluntat de la dona en la mida del possible? ☐ Sí ☐ No

Notes:

L'atenció durant la cesària:

- S'ha preservat la intimitat de la dona? ☐ Sí ☐ No
- El trànsit d'entrades i sortides del personal sanitari en el quiròfan ha estat el mínim indispensable? ☐ Sí ☐ No
- Les converses mantingudes entre els professionals han estat adequades i respectuoses envers la mare i acompanyant? ☐ Sí ☐ No
- La dona ha pogut estar acompanyada durant el procés? ☐ Sí ☐ No
- S'ha anunciat a la mare i l'acompanyant el moment del naixement del nadó (o nadons)? ☐ Sí ☐ No
- El nadó (o nadons) ha estat presentat a la mare i l'acompanyant justament després de néixer? ☐ Sí ☐ No
- S'ha informat a la dona sobre la donació de cordó? ☐ Sí ☐ No
- Quantes persones eren presents al quiròfan en el moment del naixement? _____

De quin perfil professional eren?

☐ Llevadora ☐ LLIR (Est. Llevadora) ☐ Aux. clínica ☐ Est. Aux. Clínica

☐ Metge ☐ Est. Metge ☐ Altres: _____

Notes:

Puerperi immediat:

- El nadó (o nadons) ha pogut estar acompanyat del pare o acompanyant en la primera revisió mèdica?
  ☐ Sí ☐ No
- Quant de temps ha transcorregut entre el naixement i el pell a pell amb el pare?
- Quant de temps ha transcorregut entre el naixement i el pell a pell amb la mare?
- La mare va poder iniciar la lactància materna després del naixement ? ☐ Sí ☐ No ☐ Ha triat no donar el pit

  En cas que no, motiu: _____
- En cas de desitjar lactància materna, se li ha ofert ajuda / suport per dur-la a terme? ☐ Sí ☐ No
- S'ha proporcionat a la dona informació sobre la seva recuperació física durant el postpart (cura de cicatrius, cura de punts, efectes secundaris anestèsia, etc…)? ☐ Sí ☐ No

Notes:

NOTES EXTRES DE LES OBSERVACIONS