



TESIS DOCTORAL

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLENCIA DE GÉNERO

Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales

Presentada por: Eva Margarita García

Director: Javier Rodríguez Mir

DOCTORADO EN CIENCIAS HUMANAS: Geografía, Antropología y Estudios de África y Asia. Línea de investigación: Antropología de orientación pública

2018

Para Sofía, que me llamó mamá por primera vez.

Para Luna, que me enseñó que cada maternidad es diferente.

Para Jaime, por ser, ante todo, mi mejor amigo desde siempre.

*Para mi hermana Sarah, que falleció en el transcurso de esta investigación
con sólo 35 años. Te echamos mucho de menos.*

AGRADECIMIENTOS

Tengo tanto que agradecer a tanta gente que no sé ni por dónde empezar.

En primer lugar, por supuesto, gracias a mi familia, por aguantar todas las horas que les he robado para realizar este trabajo: gracias Jaime, Sofía y Luna, por vuestra comprensión y vuestro apoyo. Gracias Pintxo, Inca y Zelda, por vuestros ojos repletos de bondad.

Gracias al resto de la familia: padres, suegros, hermanos, cuñados... y por supuesto, a mi sobrino Lucas, con esa sonrisa que tiene.

Gracias a Javier Rodríguez Mir, por haber dirigido este trabajo, y ofrecido ayuda incondicional y consejos estupendos. Gracias a Nicole, Mar y Alejandra, compañeras de este programa de doctorado, por haber ofrecido sus pacientes oídos a mis continuos agobios.

Gracias a Iria, Fochi, Ana y Patri por su amistad y por compartir risas y cafés.

Gracias a mis compañeros de Anaya, por aguantar mis interminables charlas sobre feminismo durante años (¡el mitin diario!).

Gracias a mis compañeras y profesores de ballet, por permitirme desconectar y eliminar el estrés de la mejor manera que conozco: mediante la danza. Soy un desastre, pero... ¡cómo disfruto!

Gracias a todas las personas que han participado altruistamente en este estudio: sin vosotros esto no habría visto la luz jamás.

Gracias a las profesoras de la Universitat Jaume I, que fueron quienes me animaron a continuar mi investigación del *máster en estudios feministas, de género y ciudadanía*, en forma de un doctorado.

Gracias a mi coche, porque he escrito en su interior gran parte de esta tesis durante las interminables horas en las que espero a diario que mi hija salga del conservatorio.

Gracias a todas las personas que ponen su grano de arena, por pequeño que sea, para hacer de este mundo un lugar más justo: todo cuenta, aunque no lo parezca.

Gracias a quienes creyeron en mí cuando yo misma no era capaz de hacerlo.

Y por supuesto, gracias a todos los que me habéis puesto piedras en el camino, porque me habéis hecho aprender y mejorar como persona.

Gracias.

Índice de contenidos

I. PRESENTACIÓN.....	13
1.1. ¿Por qué investigar sobre violencia obstétrica?	15
1.2. Objetivos de la investigación.....	18
1.2.1. Objetivos principales	18
1.2.2. Objetivos específicos.....	18
1.3. Hipótesis planteadas	18
1.4. Metodología empleada	19
II. UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	35
2.1. Violencia obstétrica y violencia de género.....	37
2.1.1. Definición de violencia (OMS). El triángulo de la violencia.....	37
2.1.2. Las violencias contra las mujeres: la violencia de género.....	39
2.1.3. Qué es la violencia obstétrica: la violencia obstétrica como violencia de género....	42
2.1.4. La violencia obstétrica es también violencia simbólica	45
2.2. La situación legal de la violencia obstétrica en España.....	46
2.2.1. Legislación sobre violencia de género.....	46
2.2.2. El reconocimiento legal de la violencia obstétrica	48
2.2.3. Prevención de la violencia obstétrica.....	52
2.2.4. Brechas entre las normas y su puesta en práctica	58
2.3. Violencia obstétrica y derechos humanos	59
2.4. La violencia obstétrica como forma de control social.....	60
2.4.1. Lectura foucaltiana de la violencia obstétrica: el hospital como prisión	64
III. PROBLEMÁTICAS HISTÓRICAS Y ACTUALES SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES Y LAS INTERVENCIONES OBSTÉTRICAS	69
3.1. La medicalización de la salud femenina a lo largo de la historia	71
3.1.1. Los partos hasta el siglo XVI: misterio femenino, curanderas y comadronas.....	71
3.1.2. A partir del siglo XVII: el advenimiento de los cirujanos obstetras. Historia de los hospitales	78
3.1.3. Siglos XIX-XX: traslado de los partos... de casa al hospital	81
3.2. Géneros y sexualidades.....	86
3.2.1. Feminismos y limitaciones en el concepto de género	86
3.2.2. La sexualidad femenina como instrumento subyugado: heteronormatividad y paternalismo	93
3.3. La salud de las mujeres. Hacia una ciencia ligada a las diferencias y a la perspectiva de género	104
3.3.1. Medicina y androcentrismo en Occidente	105
3.3.2. El patriarcado y la desigualdad de género	108
3.3.3. Sesgos y estereotipos de género.....	114
3.3.4. Tecnología y medicalización.....	119

3.4. Activismo y asociaciones españolas.....	121
3.4.1. El Parto Es Nuestro (http://www.elpartoesnuestro.es/)	122
3.4.2. Dona Llum (http://www.donallum.org/)	123
3.4.3. Plataforma Pro Derechos del Nacimiento (http://pdn.pangea.org/)	123
3.4.4. Asociación Nacer en Casa (http://www.nacerencasa.org/).....	124
3.4.5. Estrategias del activismo contra la violencia obstétrica	124
IV. HACIA UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA.....	127
4.1. Antropología médica y antropología del género: ¿dónde se encuentran?	129
4.1.1. Breve historia de la antropología médica	129
4.1.2. El modelo médico hegemónico.....	133
4.1.3. La antropología del género es una disciplina reciente.....	137
4.1.4. Intersecciones entre la antropología médica y la antropología del género	140
4.1.5. Antropología de la reproducción y antropología médica	143
4.2. Un parto necesita asistencia	147
4.3. Estadísticas disponibles de los hospitales españoles.....	152
4.3.1. Sanidad pública. Porcentajes	154
4.3.2. Sanidad privada. Porcentajes	154
4.3.3. Resumen del sistema nacional de Salud	154
4.3.4. Comparación de las recomendaciones de la OMS y la realidad en España	155
4.3.5. Estadísticas en el Informe sobre la atención al parto y al nacimiento en el Sistema Nacional de Salud	155
4.3.6. Estadísticas del Observatorio español de Violencia Obstétrica	158
V. VISIBILIZANDO PRÁCTICAS Y EMOCIONES	161
5.1. DEL EMBARAZO	169
5.1.1. El descubrimiento del embarazo.....	169
5.1.2. Pruebas y consultas del embarazo	175
5.2. DEL PARTO.....	182
5.2.1. Búsqueda de un parto respetado.....	182
5.2.2. Intervenciones en el parto	189
5.2.2.1. Primeras intervenciones: enema, rasurado, monitorización....	190
5.2.2.2. Acelerando el parto.....	193
5.2.2.3. Postura y movilidad.....	199
5.2.2.4. Uso de analgesia.....	205
5.2.2.5. Episiotomía y partos instrumentales	211
5.2.2.6. Maniobra de Kristeller.....	216
5.2.2.7. Partos de nalgas	220
5.2.2.8. Cesáreas	222
5.2.2.9. Exceso de personal y falta de intimidad.....	229

5.2.2.10. Cascada de intervenciones.....	231
5.2.3. Emociones en el parto.....	235
5.2.3.1. El parto como batalla	235
5.2.3.2. Falta de información	245
5.2.3.3. Sentimientos negativos.....	250
5.2.4. Planes de parto	262
5.2.5. Los partos en casa y el valor simbólico de la territorialidad	269
5.3. DEL PUERPERIO Y EL RECIÉN NACIDO	283
5.3.1. ¿Buenos partos implican buenos puerperios?.....	283
5.3.2. Piel con piel o separación madre-bebé.....	291
5.3.3. Dolor físico y malestar postparto.....	294
5.3.4. Lactancia.....	298
5.3.5. Atención obstétrica en el puerperio	306
5.3.6. Ingreso en neonatología.....	312
5.4. DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN GENERAL.....	315
5.4.1. El aspecto emocional de la obstetricia.....	315
5.4.2. Protocolos y organización hospitalaria	321
5.4.3. Patologización del embarazo y parto.....	330
5.4.4. Atención irrespetuosa	336
5.4.4.1. Infantilización y paternalismo	336
5.4.4.2. Vulnerabilidad y pasividad asumida.....	339
5.4.4.3. El valor simbólico del territorio hospitalario.....	341
5.4.4.4. Los lobos con piel de cordero	343
5.4.4.5. Enchufe, recomendación o trato de favor	346
5.4.4.6. Cuando la edad no encaja	347
5.4.4.7. Sumando otras violencias	349
5.4.5. Papeleos	353
5.4.5.1. Informes clínicos de alta	353
5.4.5.2. Reclamaciones y denuncias.....	356
5.5. DE LOS PROFESIONALES	362
5.5.1. ¿Sanidad pública o privada?.....	363
5.5.2. Matronas y ginecólogos	372
5.5.3. Jerarquías del personal sanitario	381
5.5.4. La formación de los profesionales	393
5.5.5. Los profesionales, a veces, también chocan contra el sistema	396
5.6. DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	403
5.6.1. La opinión de las madres.....	404
5.6.2. La opinión de los profesionales.....	412

5.6.3. Violencia obstétrica y machismo	419
5.6.4. El arquetipo de madre abnegada.....	423
5.6.5. Culpabilidad.....	425
5.6.6. El bebé como producto	428
5.6.7. Consecuencias de la violencia obstétrica.....	431
5.6.7.1. Consecuencias físicas en las mujeres	431
5.6.7.2. Consecuencias psicológicas.....	434
5.6.7.3. Consecuencias en el recién nacido	436
5.6.7.4. Consecuencias en otros familiares y en el entorno de la víctima	436
5.7. DE LOS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA.....	437
5.7.1. La visión del parto en la sociedad	437
5.7.2. Mejoras en la atención obstétrica	443
5.8. LA IMPORTANCIA DEL ACTIVISMO	448
VI. CONSIDERACIONES FINALES. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	453
ANEXO I. ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS.....	463
ANEXO II. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	465
ANEXO III. HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO SOBRE PARTOS.....	469
ANEXO IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE ESTUDIO SOBRE PARTOS (MADRES)	471
ANEXO V. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE ESTUDIO SOBRE PARTOS (PROFESIONALES).....	474
ANEXO VI. ESTUDIO SOBRE PARTOS CUESTIONARIO INICIAL (SÓLO MADRES)	477
ANEXO VII. GUIÓN ENTREVISTA GENERAL MODELO A (MADRES).....	481
ANEXO VIII. ENTREVISTA GENERAL MODELO B (PROFESIONALES).....	484
BIBLIOGRAFÍA.....	487

RESUMEN: La violencia obstétrica se produce cuando se suman violencia de género y mala praxis médica. Se trata del tipo de violencia ejercida por parte del personal sanitario sobre los cuerpos de las mujeres y su vida reproductiva (principalmente embarazo, parto y postparto), mediante un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y una patologización de los procesos fisiológicos, por lo que puede ser tanto física (prácticas invasivas y medicalización injustificadas) como psicológica (humillaciones, omisión de información, infantilización). La violencia obstétrica se halla totalmente invisibilizada, por las causas generales en materias de género (machismo, desconocimiento por la población, uso inadecuado de la terminología, prejuicios, etc.) y los sesgos específicos del género como categoría analítica de la salud (androcentrismo, falta de mujeres en los ensayos clínicos, etc.). Este estudio se compone de una parte teórica y una parte práctica. La primera analiza la literatura científica existente sobre el tema: publicaciones y artículos de divulgación dentro de la antropología médica, la historia y la obstetricia, siempre con perspectiva de género y con un enfoque antropológico-social. La parte práctica, de carácter etnográfica, se asienta sobre la base del patrón cultural de los partos en España, y se ha realizado mediante una recogida de datos con un enfoque cualitativo para hacer hincapié en los aspectos vivenciales de las mujeres que han sufrido violencia obstétrica, primero, y de los profesionales que han podido ser agentes o espectadores de dicha violencia, segundo.

PALABRAS CLAVE: androcentrismo, etnografía, género y salud, maternidad, medicalización, partos, patologización, violencia de género, violencia obstétrica.

ABSTRACT: Obstetric violence takes place when gender violence and medical malpractice converge. This kind of violence is exerted by medical personnel against women's bodies and their reproductive life cycle (pregnancy, birth and postnatal periods), in the form of dehumanizing treatment, abusive medicalization and pathologization of physiological processes, resulting in both physical (invasive practices, unjustified medicalization) and psychological violence (humiliation, information concealment, demeaning treatment). Obstetric violence is highly invisible, due to common gender causes (sexism, lack of awareness in general population, inadequate terminology usage, prejudice, etc) and specific bias towards gender as a health analytic category (androcentrism, under-representation of women in clinical trials, etc.). This study consists in a theoretical part and a practical part. The former reviews the current literature on the topic: outreach publications and articles on medical anthropology, history and obstetrics, from a gender perspective and a social-anthropological approach. The practical part has an ethnographic nature; it is based on the cultural pattern of childbirth in Spain and has been carried out by means of data gathering with a qualitative approach in order to emphasize the experiential aspects of, firstly, women who have suffered obstetric violence and secondly, professionals who could have been the agents or witnesses of such violence.

KEYWORDS: androcentrism, ehtnography, gender violence, gender and health care, maternity, medicalization, obstetric violence, pathologization.

I. PRESENTACIÓN

Y te dicen «relájate, colabora», es como si te meten un dedo en el ojo y te dicen «colabora, relájate», pues no, me estás haciendo daño, o sea... Una vez con la ventana abierta, y yo «¿puedes cerrar la ventana?», «mujer, si no te ve nadie», «yo los estoy viendo a ellos, ¿por qué ellos no me van a ver a mí?».

«Maicha», madre de cinco hijos

En este apartado inicial vamos a presentar los motivos de este trabajo: por qué y para qué investigar sobre violencia obstétrica, cuáles son los objetivos de este estudio así como de qué hipótesis parte, qué metodología emplea y en qué técnicas se apoya, cuáles son sus límites y qué líneas futuras de investigación podrían derivar de aquí.

1.1. ¿POR QUÉ INVESTIGAR SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

Este estudio es el resultado de una investigación para obtener el título de doctora (área de Antropología, programa de doctorado en Ciencias Humanas de la Universidad Autónoma de Madrid), que a su vez proviene de la inquietud personal de su autora a lo largo de muchos años. Además, tras realizar el trabajo de fin de máster sobre esta misma temática, y tras ver cómo se trataba de algo que la mayoría de la gente desconocía, fue cuando realmente me convencí de cómo resulta algo totalmente invisibilizado por la sociedad, y considero por lo tanto que es urgente que se saque a la luz por todas las vías posibles, de ahí mi decisión de convertir aquella primera aproximación investigadora en algo más profundo y enfocado. Creo que la antropología de tipo militante es esencial para la denuncia de prácticas violentas normalizadas, apoyando así a los agentes sociales para el cambio.

Tengo dos hijas y he parido dos veces. La primera, en el hospital. La segunda, en mi domicilio. Las diferencias entre ambos partos fueron abismales. El parto es un proceso íntimo, natural, un acto sexual. ¿Quién quiere realizar un acto sexual en público? ¿Quién quiere realizar un acto sexual en un hospital, que es donde mora la enfermedad? ¿Por qué el parto se ha trasladado a un lugar de enfermedad y muerte, si se trata de todo lo contrario?

No he sufrido demasiada violencia obstétrica en mi vida. Soy afortunada. Antes de mis dos partos, leí muchísimo y me informé, precisamente por un miedo atroz a la violencia obstétrica, que han vivido, por desgracia, muchísimas mujeres a mi alrededor: amigas, conocidas, familiares. La violencia obstétrica está por todas partes, normalizada totalmente. «Mi parto no fue lo que esperaba, aún tengo pesadillas, pero al menos el niño está sano», ¡cuántas veces habremos escuchado algo así! Es como decir «me han

violado durante seis horas seguidas, pero mira, al menos estoy viva». Sí, pero... ¿a qué precio? ¿Y el trauma que queda tras la experiencia?

Porque ese trauma no se marcha solo, aunque esté ahogado por otras emociones, aunque queramos sepultarlo en el olvido. Está ahí, esperando el momento menos pensado para salir a la luz, porque los traumas sólo se curan con mucho trabajo. La violencia obstétrica deja una huella que no se va sola. Además, muchas mujeres, al pasar por algo así por primera vez, se quedan con una sensación espantosa que no saben definir, pero que cursa irremediablemente con terror a un próximo embarazo y parto. Por otro lado, se encuentra todo tan normalizado, que esconden o niegan sus sensaciones, porque si todo el mundo pasa por lo mismo sin problemas... ¿por qué iban a ser ellas diferentes? La vergüenza y la culpa las inunda, muchas veces sin saber el porqué, amén de que existe de trasfondo un arquetipo de madre abnegada que imposibilita la licitación de estas sensaciones. Y esto es muy importante, porque muestra cómo el paradigma médico hegemónico se ha naturalizado de tal modo que la mayoría de las mujeres aceptan ser manipuladas en los paritorios como algo normal, puesto que así se ha venido haciendo durante mucho tiempo. Y esa misma naturalización de la violencia obstétrica, que permite a la biomedicina seguir produciendo cuerpos dóciles y domesticados, es lo que conlleva la aceptación callada por parte de muchas mujeres de este paradigma de salud, que bebe de un paradigma social mucho más profundo, que produce una imagen distorsionada de los procesos fisiológicos de las mujeres en tanto que patológicos y fuera de control, necesitados de atención médica constante.

El no haber sufrido demasiada violencia obstétrica, no obstante, no elimina el posible sesgo por mi parte donde el sujeto investigador se convierte en parte de lo investigado. Soy consciente del sesgo, y por ello he intentado que éste influyera mínimamente dentro de la investigación, como relataré más adelante en la expliación sobre la metodología empleada (apartado 1.4). Aun así, es inevitable comenzar realizando un ejercicio intelectual de reflexividad y honestidad y admitir que soy más empática con las madres que han sido víctimas de violencia obstétrica. Además, la investigación también está condicionada por mi propio género: en los estudios etnográficos muchas veces se cuenta con la «supuesta identidad femenina para poder acceder a las mujeres de otras culturas» (Wolf, 1996: 8). De hecho, antropólogas como Wolf han defendido

precisamente que el compartir género con las mujeres destinatarias del estudio (informantes) resultaba algo decisivo para facilitar la creación de relaciones de igualdad dentro de la investigación. Y en este caso creo que compartir género con las informantes ha resultado de inmensa ayuda, porque se han sentido más comprendidas, quizás. Como me dijo la informante *Kalí*,

Eres una luchadora, tu tesis va a servir a que se ponga una realidad sobre la mesa que de otra manera no... porque en este país pues tenemos titulitis y... de otra manera no puede ser, y joder, que lo hagas tú pues está genial, porque no lo hace un tío, ¿sabes? Un tío no... no... o sea, ¿para qué, para qué quiero una tesis de un tío? Muchísimas gracias por hacerlo y por todo.

En cualquier caso, es contraproducente creer que las ciencias sociales rigurosas están exentas de subjetividad, porque eso es imposible. La investigación etnográfica no puede suceder «desde fuera», ni en estratos no interdisciplinares o sin relación entre sí. Así, como actriz social, voy a imprimir inevitablemente mi propia subjetividad y mi género en este trabajo, porque resulta imposible acceder al comportamiento humano sin que nuestras propias categorías estén presentes. Por ello, desde mi posición como madre, feminista, asesora de lactancia y activista de distintas causas, un tema que me preocupa recurrentemente no es sólo la violencia de género en general, sino la violencia obstétrica en particular, porque actualmente no existe legislación alguna que la penalice, está totalmente normalizada en un entorno que ha desposeído a las mujeres de sus cuerpos de tal modo que ha conseguido que éstas los teman como a algo ajeno a ellas, y se dejen hacer cualquier cosa con tal de que se pase el parto lo más rápido posible... Esto supone una profunda desconexión con la naturaleza y un total desconocimiento de su funcionamiento, sin olvidar que los primeros días son de vital importancia para el bebé y su vínculo. Pero no se trata sólo de los momentos del parto y del embarazo. La desconexión de las mujeres con sus cuerpos es una constante en todas las etapas de su sexualidad: en la menstruación, en la menopausia, en el uso de anticonceptivos, etc. Todas estas situaciones se encuentran fuertemente medicalizadas, y las mujeres son domesticadas para que teman lo que en sus cuerpos se produce como si se tratara de una bomba de relojería a punto de estallar. Domesticar a las mujeres en el miedo a sí mismas es una estrategia fabulosa de control, porque cuando nos encontramos en los brazos del miedo seremos capaces de hacer cualquier cosa. O de dejarnos hacer.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Objetivos principales

El objetivo principal es visibilizar la violencia obstétrica como una forma extremadamente común de violencia de género, siempre dentro de la perspectiva de género y de la antropología de la salud.

1.2.2. Objetivos específicos

- Elaborar una contextualización teórica de la violencia obstétrica, dentro de un marco social, psicológico y legal.
- Analizar los modos en que se enmarca históricamente la violencia obstétrica como una consecuencia más de la pérdida del poder de las mujeres en el ámbito social y médico.
- Aplicar un marco etnográfico donde se encuadren los aspectos fundamentales de un cambio de paradigma, intentando comprender por qué se ha llegado a este punto y cómo ponerle fin, si es que esto es posible.
- Identificar las prácticas llevadas a cabo por el personal hospitalario a lo largo de los partos, describiendo las relaciones que se llevan a cabo en el hospital entre el personal y las parturientas, entre los distintos tipos de profesionales, así como entre el personal y los acompañantes de las parturientas.
- Identificar y analizar los factores que posibilitan la emergencia de la violencia obstétrica.
- Analizar las reivindicaciones feministas sobre la humanización del parto, describiendo con perspectiva de género los procesos de patologización y medicalización excesivos en los partos hospitalarios, así como el trato paternalista que se da a las parturientas.
- Contribuir al conocimiento de la violencia obstétrica en España, concienciando tanto al personal de la salud como a la población en general del impacto que ésta puede llegar a tener.

1.3. HIPÓTESIS PLANTEADAS

- La violencia obstétrica constituiría un tipo de violencia de género ya que seguiría todos los patrones de esta última.

- Las mujeres habrían perdido poder en el ámbito social y médico, pues con la llegada del capitalismo se habrían convertido en meras fábricas de bebés, sin poder autorresponsabilizarse ya de su propia salud.
- La sexualidad femenina constituiría un instrumento subyugado en todas sus etapas, por lo que la violencia obstétrica resultaría una imposición patriarcal con la finalidad de que las mujeres teman a sus propios procesos naturales.
- La violencia obstétrica en España estaría invisibilizada, así como muy extendida y generalizada.
- La humanización del parto sería una reivindicación profundamente feminista.
- Las mujeres más informadas identificarían con mayor rapidez aquellas situaciones que constituyen violencia obstétrica.
- Las mujeres más informadas estarían más empoderadas y en líneas generales conseguirían tener partos más respetados.
- Los partos en España estarían siendo patologizados, excesivamente medicalizados, y las parturientas recibirían un trato paternalista por parte del personal sanitario.
- La población en general, y el personal sanitario en particular, no estarían lo suficientemente concienciados de la violencia obstétrica y de sus consecuencias.

1.4. METODOLOGÍA EMPLEADA

Uno de los objetivos principales de las investigaciones está en comprender a un grupo humano que tiene algo en común (Boyle, 2005). Esta investigación es de índole cualitativa/etnográfica, porque entendemos que a través de la cultura y las creencias que le acompañan podemos intentar aprehender por qué se produce la violencia obstétrica dentro de la sociedad española. Además, las metodologías cualitativas suelen resultar más idóneas para los trabajos con perspectiva de género, ya que de ese modo se permite trabajar con subjetividades, que las mujeres expresen sus cosmovisiones dentro de un diálogo, de modo que se fomente un clima de mayor escucha y confianza. Partiendo de la base de la antropología del nacimiento, podremos analizar los períodos de embarazo, parto y puerperio como momentos cargados de significados culturales. El

trabajo está realizado además con perspectiva de género, ya que en temáticas como ésta resulta un requisito incuestionable. De hecho, el género es una variable cultural que nunca debería pasarse por alto.

Por supuesto, la antropología como ciencia está condicionada por su interdisciplinariedad, ya que, como dice Mercier, las fronteras que separan las ciencias humanas no están fijadas de manera definitiva, lo que en cierto modo muestra lo cohesionadas que están las ciencias sociales entre sí (Poirier, 1968). De modo que este trabajo, a pesar de basarse en un punto de vista antropológico, bebe de otras fuentes —enriquecedoras, a mi modo de ver—, que complementan, contextualizan y apoyan lo que aquí se ha investigado. Porque la violencia obstétrica es un problema universal que hunde sus raíces en procesos históricos, antropológicos, médicos, biológicos, culturales, económicos y sociales muy diversos, así que sólo analizándola desde un punto de vista lo más multidisciplinar y transversal posible lograremos un análisis más profundo.

Porque la permeabilidad que existe entre las fronteras de las diferentes disciplinas (antropología, sociología, medicina, biología, psicología, historia, filosofía...) es tal que pueden traspasarse las distintas técnicas de investigación, para que la perspectiva resulte lo más interdisciplinar posible. Así, abordando la realidad desde tantas facetas como sea posible, combinando para ello distintas técnicas y estrategias metodológicas, nos podremos acercar al estudio de la violencia obstétrica desde múltiples ángulos, pero sin perder el foco de la mirada antropológica como la manera principal de abordar el objeto de estudio.

La investigación se compone de una parte teórica y una parte práctica. La parte teórica está basada en la revisión exhaustiva y el análisis documental de la literatura científica sobre el tema: publicaciones y artículos de divulgación dentro de la antropología médica, la historia y la obstetricia. Además, el marco teórico se nutre de diversos autores y perspectivas.

La parte práctica se asienta sobre la base del patrón cultural de los partos en España, la cual se ha realizado mediante una recogida de datos con un enfoque cualitativo para hacer hincapié en los aspectos vivenciales de las mujeres que han sufrido violencia

obstétrica, primero, y de los profesionales que han podido ser agentes o espectadores de dicha violencia, segundo.

Así pues, el trabajo consta de lo siguiente:

- a) Revisión de la literatura existente sobre el tema (actualmente escasa y dispersa, principalmente en artículos de revistas, Internet, o como algo colateral dentro de la bibliografía sobre medicina con una perspectiva de género), para contextualizar teórica e históricamente el estado de la cuestión.
- b) Reflexiones personales desde la doble vertiente de la antropología de la salud y la perspectiva de género sobre las causas de la violencia obstétrica, complementada por una aproximación desde el ámbito legal, psicológico y social.
- c) Identificación y análisis de los factores que conducen a que la humanización del parto resulte una reivindicación profundamente feminista.
- d) Estudio de carácter etnográfico con mujeres que han parido en España, con entrevistas semiestructuradas, e igualmente, entrevistas semiestructuradas al personal sanitario obstétrico (matronas y ginecólogos) para obtener una perspectiva *emic* en la aplicación de los protocolos más o menos intervencionistas en los partos hospitalarios. El proceso de localización y elección de informantes se ha llevado a cabo a través de redes informales combinado con la técnica de bola de nieve. Adicionalmente se ha realizado un modo de incorporar informantes a través del uso de las nuevas tecnologías, mediante la localización por internet. El anuncio de búsqueda de participantes incluía un resumen de la hoja de información. En ambos casos (redes informales e incorporación online) se ha especificado a los participantes que su colaboración era voluntaria, por lo que no recibirán compensación económica de ningún tipo. El anuncio online fue publicado a finales del año 2016, en diversos foros de maternidad, en grupos de Facebook y otras redes afines. En todos los casos, se ha contemplado como «estudio sobre determinados aspectos del parto», omitiendo intencionadamente la alusión a la violencia obstétrica en ese primer momento para no condicionar a los participantes (además, muchas personas

desconocen el significado del término como tal). En las últimas preguntas de las entrevistas, se reveló concretamente qué aspectos específicos se estaban buscando, preguntando directamente sobre la violencia obstétrica.

La metodología aplicada al desarrollo de la investigación es la siguiente:

1. **Perspectiva.** El acceso a la información se ha realizado teniendo siempre en cuenta la «interpretación y explicación que el investigador hace de los eventos en los que se introduce para estudiarlos» (Balcázar *et al.*, 2006), lo que convierte a la explicación en conceptual, resultado del punto de vista del informante (*emic*) y del punto de vista del investigador (*etic*): así, he actuado en todo el trabajo en tanto que instrumento de indagación pero sin negar que formo parte del mundo que investigo, sobre el cual no puedo evitar influir y del cual me veo influida a la vez, escuchando cómo las madres han percibido y experimentado las vivencias de sus propios partos y cómo los profesionales han podido actuar en la asistencia a dichos partos. Además, considero que la perspectiva de género se vuelve imprescindible en este contexto, teniendo en cuenta los discursos hegemónicos impositivos y opresores de la biomedicina propios de la modernidad y su implicación en las representaciones y vivencias maternales.
2. **Técnica de recogida de datos.** Las técnicas elegidas han sido algo diferentes en madres y profesionales: aunque en ambos casos se realizaron entrevistas semiestructuradas, en el caso de las madres también se facilitó un pequeño cuestionario previo a dicha entrevista (todas las madres dispusieron de varios días para contestar con tranquilidad), para conocer a grandes rasgos su historial (qué intervenciones se les realizaron o cuántos partos han vivido, por ejemplo), de modo que pudiera después prepararse un pequeño guion más personalizado para el día de la entrevista, conociendo ya de antemano parte del historial obstétrico de las mujeres. La técnica elegida ha sido, por lo tanto, el de las entrevistas semiestructuradas, porque considero que permite profundizar en la temática comparando las respuestas específicas de los distintos informantes, por un lado, y tener igualmente en cuenta su propia visión, opinión y vivencia, por otro (ver Anexo VI).

En ningún momento se han concebido los cuestionarios como instrumentos de recogida de datos de carácter cuantitativo, dado que eso excede el objetivo de este trabajo, además el tamaño de la muestra y la metodología empleada para llevar a cabo algo así tendrían que ser muy diferentes. Los cuestionarios se han realizado sólo para poder acceder a la mayor cantidad de datos del historial obstétrico de las madres participantes, con un doble propósito:

- Que sirviera como **ejercicio de reflexión** para las participantes, dado que muchas de las cosas que se preguntan pueden pasarse por alto si se realizan en el contexto de una entrevista oral, pero que, al ponerse por escrito en un cuestionario para el cual se dispone de varios días para contestar, conlleva poder pensar con detenimiento sobre dichos asuntos, con lo que las respuestas resultarían así más completas. Es decir, sería algo así como una «historia de vida» (sólo en el aspecto obstétrico) pero de manera mucho más esquemática, para que tampoco se convirtiera en una tarea muy pesada de completar por parte de las participantes.
- Que le sirviera a la investigadora como **base para preparar las entrevistas** con las participantes, dado que, al ser semiestructuradas, consistirían en dos partes: un guion general y común a todas las madres participantes, y un guion más específico creado para cada una a partir de las respuestas a los cuestionarios. Por supuesto, en todas las entrevistas también había espacio para que los participantes comentaran lo que consideraran oportuno, aunque no estuviera prefijado en los guiones. Se trataba de lograr una charla informal, amable, y donde tuvieran cabida la espontaneidad y la confianza. He intentado hablar poco en todas las entrevistas, dejando el espacio a los participantes, para tratar de no dirigirlos ni condicionarlos, evitando moderar en exceso las entrevistas para no inhibirlas de ningún modo.

Las entrevistas se han llevado a cabo a lo largo de catorce meses muy intensos, siempre con el más absoluto respeto (realizándose siempre en lugares íntimos y tranquilos) y con la confidencialidad asegurada (usando métodos de encriptación de los datos personales). Además, los informantes han recibido un consentimiento informado donde se explica el objeto del estudio (en tanto que

«aspectos determinados de los partos», como ya hemos visto) y su voluntariedad, así como su total libertad para abandonar el estudio en el momento en que lo desearan. También se ha comunicado a los participantes que existe la devolución de la información, de modo que se van a compartir los resultados de este estudio con los que así lo han solicitado, mediante el envío de esta tesis doctoral por correo electrónico. En el cuestionario destinado a las madres, en el que se usa terminología médica, se ha especificado que, si no se entiende alguna de las palabras, puede consultarse cuantas veces haga falta con la investigadora, quien aclararía todos los términos que pudieran resultar desconocidos. No obstante, casi ninguna madre presentó problemas con dichos términos, ya que en los cursos de preparación al parto, o en las cartillas y folletos que las matronas ofrecen, por ejemplo, explican la gran mayoría de estos conceptos.

Se eligió este modelo (cuestionario previo – entrevista) dado que el tamaño de la muestra de las madres era bastante extenso, en lugar de realizar varias entrevistas a cada participante (aunque algunos participantes, por motivos de horarios, sí que tuvieron que dividir su entrevista en varias sesiones), de modo que el número de experiencias fuera amplio y se pudieran extraer elementos en común, aunque teniendo siempre en cuenta la subjetividad de cada cual así como sus circunstancias personales, que resultan únicas e irrepetibles.

3. **Contexto de estudio.** La mayoría de los informantes reside en la comunidad de Madrid. Aun así, el estudio se ha situado en diversas áreas de la geografía española, ya que entendemos, tras analizar las estadísticas disponibles (ver punto 4.3), que sí existen ciertas diferencias en los modelos asistenciales de los partos en las distintas comunidades autónomas: por ejemplo, respecto al número de cesáreas, que es un indicador clave de la calidad del sistema sanitario. En el País Vasco hay un 12,6 % de cesáreas y en Extremadura un 27,7 % (Sevillano, 2013). Aunque resulta complicado comprender el porqué de estas diferencias, sí existe cierta impresión de que se trata de la ausencia de protocolos comunes para unificar la atención, así como de diferencias entre recursos humanos y materiales entre las distintas zonas (*Ibíd.*, 2013). Pero es que aún hay más:

existen diferencias dentro de los propios hospitales, según los equipos que atiendan cada parto. La variabilidad humana es un factor subjetivo a tener muy en cuenta.

Los participantes se dividen por comunidades autónomas de la siguiente manera:

En cuanto a las madres:

CCAA	NÚMERO DE INFORMANTES
Comunidad de Madrid	21
Catalunya	4
Extremadura	3
Andalucía	2
Galicia	2
Aragón	2
Comunidad Valenciana	1
Islas Canarias	1
País Vasco	1

Tabla 1.1. División de madres según su CCAA de residencia.

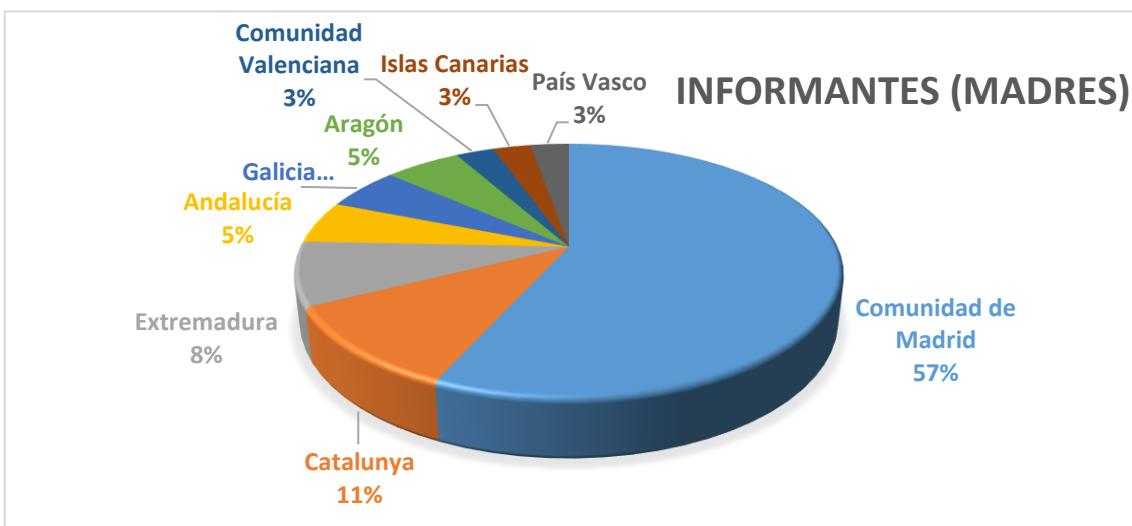


Figura 1.1. Porcentajes de madres según su CCAA de residencia.

En cuanto a los profesionales de la salud:

CCAA	NÚMERO DE INFORMANTES
Comunidad de Madrid	6
Islas Canarias	2
Asturias	1
Castilla-La Mancha	1
Catalunya	1
Comunidad Valenciana	1
Extremadura	1
Galicia	1
Islas Baleares	1

Tabla 1.2. División de profesionales según su CCAA de residencia.



Figura 1.2. Porcentajes de profesionales según su CCAA de residencia.

4. **Modo de reclutamiento de los participantes.** Éste se ha realizado, como ya hemos comentado, principalmente por medio de las redes sociales: grupos y páginas de Facebook en torno a la maternidad y afines, foros de internet sobre maternidad de muy diversas «corrientes», para evitar sesgos ideológicos (existen diversas corrientes dentro de la crianza, y para evitar posicionarnos en determinadas corrientes más «naturales», el reclutamiento se ha publicado en foros de todo tipo), Twitter, blogs, y por el «boca a boca».
5. **Tamaño y límites de la muestra.** Para determinar el tamaño de la muestra, se ha decidido seguir el criterio de saturación, para así evitar posibles redundancias, aunque he considerado crucial que la voz cantante la llevaran más las madres

que los profesionales de la salud (ya que, dada la temática de este estudio, se considera que las mujeres han estado silenciadas en estas cuestiones, con lo que resulta de recibo que haya más madres expresando su sentir que profesionales de la salud), siendo los informantes finales de un número total de 37 madres y 15 profesionales de la salud, habiendo recogido para ello en torno a 55 horas de grabación de entrevistas¹. Por otro lado, también me ha resultado mucho más complicado conseguir profesionales de la salud dispuestos a participar: quizás sus agendas estaban más apretadas, o no les interesaba colaborar, o pocos mostraban interés en estudios de esta índole, pero en general fueron menos accesibles. Además, para limitar las circunstancias personales y sociales que pudieran implicar diferentes dinámicas vivenciales así como otros sesgos culturales o de otra índole en el estudio, se limitaron las muestras a los siguientes criterios:

- En cuanto a las madres: haber llevado el embarazo a término, y parido con asistencia y en España, dado que este trabajo versa únicamente sobre la violencia obstétrica (con lo que hablamos de partos asistidos) en el territorio español.
- En cuanto a los profesionales de la salud: trabajo en asistencia primaria, o centros hospitalarios públicos o privados del territorio español, o asistencia de partos domiciliarios.

6. **Análisis de los datos.** Todos los datos se han recogido, analizado y procesado mediante el software informático Atlas.ti de análisis y gestión de datos cualitativos, versión 7; así, se incluyeron todas las transcripciones de las entrevistas, con el propósito de obtener triangulaciones, interacciones, significados entrecruzados y relaciones entre los datos. También se han exportado todos los datos de los cuestionarios iniciales a Excel e introducido igualmente en Atlas.ti. Gracias a dicho software, ha sido posible:

- Codificar las entrevistas mediante una serie de códigos clave, imprescindibles para conocer qué es lo que más preocupa a los informantes de uno y otro lado. Así, códigos como «episiotomía», «sanidad pública» o «cascada de

¹ Las entrevistas han sido transcritas en su totalidad, ocupando en total 639 páginas en fuente Calibri, tamaño 11, interlineado sencillo (473 páginas las madres, 166 los profesionales).

intervenciones» han resultado de gran utilidad para comparar los discursos. En su totalidad, se han creado 300 códigos, en una red semántica bastante compleja con infinidad de interrelaciones entre sí.

- Crear citas en las entrevistas, asociadas a dichos códigos, para poder contraponer las citas de las madres y las de los profesionales en torno a un mismo código o a varios. De ese modo, el diálogo es mucho más fluido entre ambas partes, contraponiendo lo que dicen las madres sobre un tema específico y lo que opinan los profesionales sobre ese mismo tema.
- Realizar un mapa conceptual de la investigación y de sus resultados.
- Tener presente una «nube de tags» para no dejar de ser conscientes nunca de cuáles son las palabras más repetidas en las entrevistas.
- Dejar espacio para las anotaciones personales, las impresiones después de cada entrevista (llamadas «memos» en Atlas.ti), las ideas que venían a lo largo de la investigación y que convenía anotar para que no se extraviaran.

Las entrevistas se han realizado presencialmente o por videoconferencia en su mayoría, grabándose en vídeo para captar no sólo las palabras, sino también los gestos y lo que pueda estar latente, ya que los gestos resultan muy importantes, y puede haber más en lo que se calla que en lo que se dice. Los vídeos de las entrevistas se han procesado también dentro del programa Atlas.ti, primero, para transcribir los contenidos, y segundo, para revisar nuevamente los pequeños gestos (que pudieron además haber pasado desapercibidos en la primera interacción) y demás comunicación más de tipo simbólica.

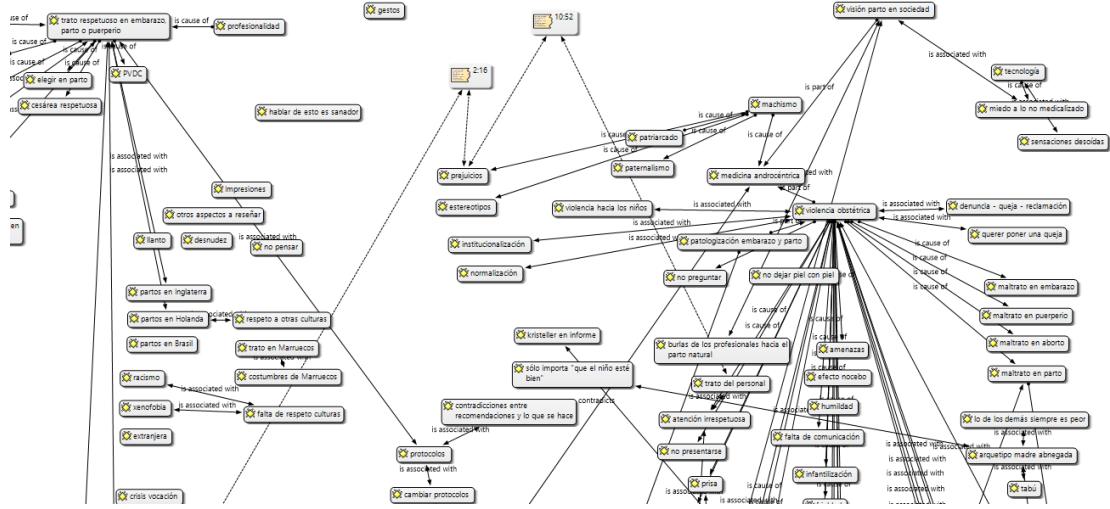


Figura 1.3. Parte de la red creada con Atlas.ti (detalle).

7. Límites de la investigación. Como ya he comentado en la introducción, sería poco honesto por mi parte no admitir que mi simpatía se sitúa del lado de las madres que han sufrido violencia obstétrica, así como de los modelos asistenciales poco intervencionistas, por lo que una de las limitaciones del estudio ha podido ser el posible sesgo por mi posición subjetiva feminista y activista por los derechos de los partos respetados, si bien he intentado que en las entrevistas se obtuvieran los datos con la mayor imparcialidad que me ha sido posible, siempre teniendo en cuenta que en ciencias sociales es imposible que en las investigaciones no esté presente la subjetividad de la persona que investiga. Además, la muestra ha intentado abarcar perfiles distintos de madres y profesionales, si bien al haber elegido el criterio de saturación, se han observado muchos elementos comunes en el discurso. De todas formas, es imposible que los propios participantes sean neutrales, pues son actores sociales y, como tales, parten de una perspectiva cultural específica, de una cosmovisión preinterpretada. Por ello, otro posible sesgo en el estudio puede ser que las personas que se han prestado a participar tengan ciertas inquietudes de base sobre los temas propuestos (las madres, de su experiencia personal, y los profesionales, de los aspectos asistenciales, sus carencias y sus puntos fuertes). Por último, resulta inevitable pensar que un profesional siempre va a intentar ofrecer una versión positiva de sí mismo: aunque algunos han admitido prácticas no adecuadas en su quehacer, otros ignoraban la violencia obstétrica, como algo

totalmente ajena a ellos y a su vida profesional, como algo «del pasado» o simplemente que «aquí no ocurre», es decir, la situaban en otra dimensión tanto espacial como temporal.

8. **Aspectos éticos de esta investigación.** Se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se presentó el proyecto al Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid, cuyo objetivo es, dentro de las investigaciones con personas, proteger los derechos fundamentales de éstas, mediante el uso adecuado de sus datos personales así como el respeto a los principios y compromisos bioéticos asumidos por la comunidad científica y que pueden leerse en los estatutos de la propia universidad. Para ello, se llenaron unos formularios explicando en qué consistía el proyecto, cómo se iban a tratar los datos personales (anonimización o codificación, dónde se guardarían, etc.), así como una declaración de compromiso. Se adjuntaron además el Plan de Investigación, el consentimiento informado y la hoja de información que se presentaría a los participantes.
- Además, se entregó a los informantes una hoja de información y un consentimiento informado donde constaba en qué consistía el proyecto, quién estaba detrás de él, cómo se iban a tratar los datos, así como la posibilidad de retirarse en cualquier momento del estudio (ver anexos III, IV y V).
- Para garantizar la confidencialidad de los informantes, se ha usado un sistema de pseudónimos (codificación reversible), permitiendo que cada informante elija el pseudónimo que prefiriera. Los únicos datos que aparecen en las transcripciones completas de las entrevistas son la edad y la comunidad autónoma de los participantes del estudio. Los datos personales asociados a cada pseudónimo de las madres se encuentran en los cuestionarios iniciales (ver anexo VI), guardados en lugar seguro, accesibles sólo por parte de la investigadora, y con el propósito de destruirse una vez finalizada la investigación (acción que se llevará a cabo tras realizar la devolución de la investigación a quienes así lo han solicitado).
- Se ha creado una cuenta de correo sólo para este estudio, llamada estudiopartos@gmail.com, donde los informantes han podido mandar los

consentimientos informados firmados, los cuestionarios iniciales y preguntar todas las dudas que tuvieran. Dicha dirección de correo también será borrada una vez realizada la devolución.

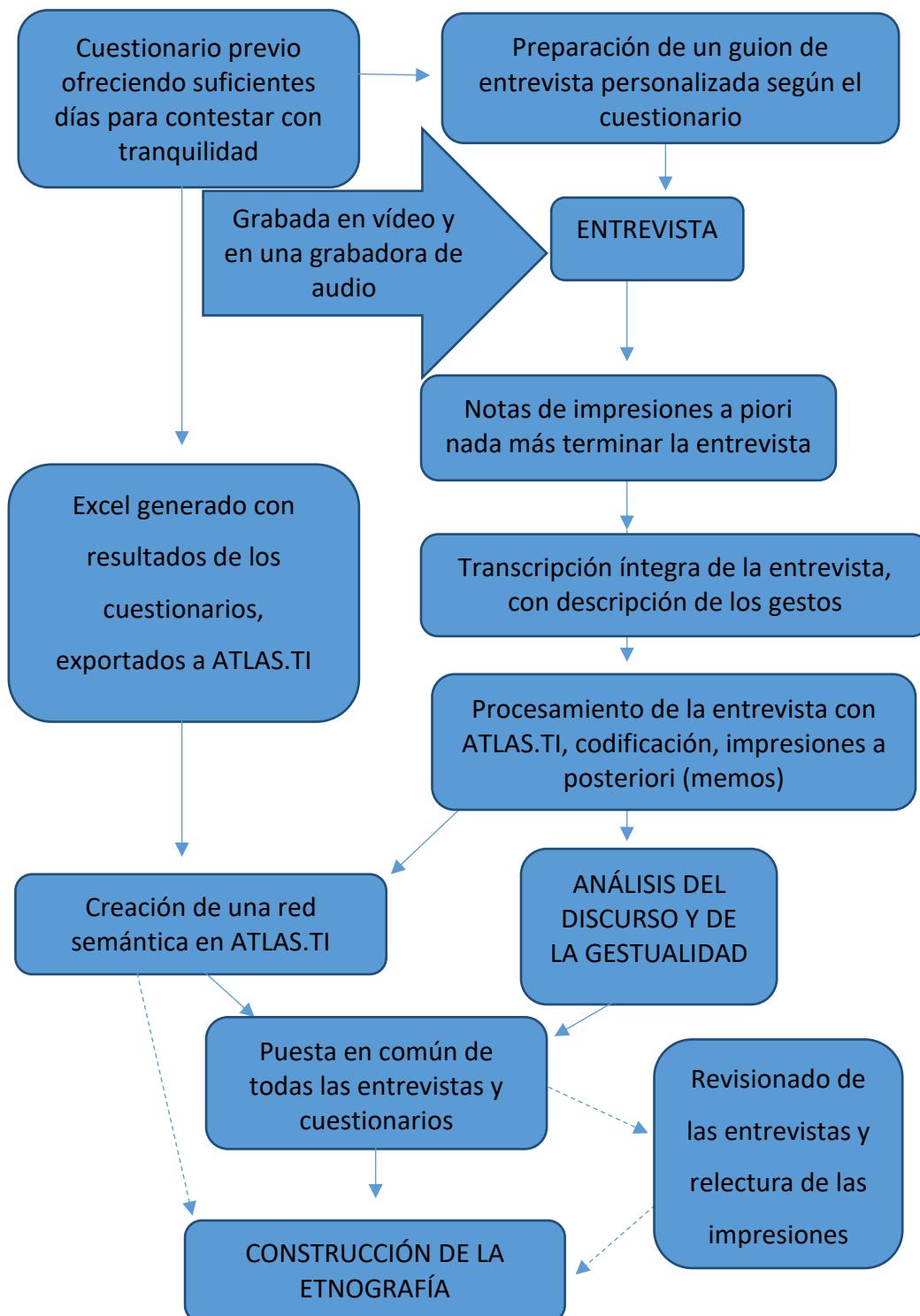


Figura 1.4. Esquema de la metodología de trabajo empleada. (Fuente propia).

9. Análisis del discurso

Éstas son las madres que participaron:

#	PSEUDÓNIMO	CCAA
I01	A. Gentileschi	Comunidad de Madrid
I02	Adriana	Extremadura
I03	Alexia	Galicia
I04	Amanda	Catalunya
I05	Anabel	Comunidad de Madrid
I06	Andrómeda	Comunidad de Madrid
I07	Ángela	Comunidad de Madrid
I08	Bac+2	Comunidad de Madrid
I09	Bea	Catalunya
I10	Besly	Comunidad de Madrid
I11	Candela	País Vasco
I12	Chos	Extremadura
I13	Civita	Comunidad de Madrid
I14	Clara	Comunidad de Madrid
I15	Claudia	Andalucía
I16	CrisVR	Comunidad de Madrid
I17	Cumbia	Comunidad de Madrid
I18	Emma	Comunidad de Madrid
I19	Gala	Comunidad de Madrid
I20	Gloria	Comunidad de Madrid
I21	Happymoon	Aragón
I22	Jable	Extremadura
I23	Júlia	Catalunya
I24	Kalí	Comunidad Valenciana
I25	Kokoritza	Comunidad de Madrid
I26	Leia	Comunidad de Madrid
I27	Lola	Catalunya
I28	Lucía	Comunidad de Madrid
I29	Maicha	Galicia
I30	Maremota	Andalucía
I31	Mathil	Comunidad de Madrid
I32	Mrg78	Comunidad de Madrid
I33	Nausicaa	Aragón
I34	Nessi	Comunidad de Madrid
I35	Sayenas	Islas Canarias
I36	Sfg	Comunidad de Madrid
I37	Txu	Comunidad de Madrid

Tabla 1.3. Pseudónimos de las madres.

Aunque todas tienen su historia o historias de partos, esto es, con sus propias subjetividades, experiencias y apreciaciones personales, se observa cómo los discursos de las madres resultaron bastante homogéneos, dibujando unos conflictos bien definidos (sentirse ninguneadas, infantilizadas, cosificadas...). De todo ello resulta que las madres se encuentran tensionadas dentro de luchas de poder y jerarquías

hospitalarias donde ellas son las últimas de la cadena, por lo que acaban asumiendo un papel pasivo dentro de las rutinas hospitalarias, perdiendo el control de sus propios partos, resignándose a que sean los profesionales y la tecnología quienes asuman el control. También, todo esto forma parte de un paradigma social, de cómo existe en los discursos sociales una visión del parto desde la patología y no desde la fisiología, por lo que muchas madres, siendo consecuentes con este paradigma, se sienten más seguras delegando en la tecnología y el intervencionismo el control de sus experiencias de parto. El trasfondo de esta visión es el «exceso de asistencia como lo deseable», cierta desconfianza de las mujeres hacia sus propios cuerpos, lo que propicia la patologización de sus procesos naturales, no ya sólo en cuanto a la asistencia obstétrica, sino en todas sus vivencias fisiológicas. Por último, otro factor muy presente en las madres es el miedo: miedo a perder el control, miedo a que algo salga mal, miedo a que el bebé nazca con problemas. El miedo es un arma muy poderosa en el contexto hospitalario para que la sumisión de las mujeres resulte total.

En cuanto a los profesionales de la salud:

#	PSEUDÓNIMO	CCAA	TIPO DE PROFESIONAL
I38	Al	Comunidad Valenciana	Matrón
I39	Covicheira	Galicia	Matrona
I40	Deiviz	Castilla-La Mancha	Matrón
I41	El Cid	Comunidad de Madrid	Ginecólogo
I43	IndieMatrona	Comunidad de Madrid	Matrona
I44	Jjj	Comunidad de Madrid	Matrón
I45	Luna	Catalunya	Matrona
I46	Maiai	Islas Canarias	Matrona
I47	Mar	Islas Baleares	Matrona
I48	Marta	Extremadura	Ginecóloga
I49	Matrona Empoderada	Asturias	Matrona
I50	Mickey Mouse	Comunidad de Madrid	Ginecólogo
I51	Savannah	Islas Canarias	Ginecóloga
I52	Smiling Caballero	Comunidad de Madrid	Ginecólogo
I53	Yogui	Comunidad de Madrid	Ginecóloga

Tabla 1.4. Pseudónimos de los profesionales y tipo de trabajo.

Dentro de los profesionales, se observan diferencias entre los discursos de los ginecólogos y los de las matronas. Se encuentra latente una idea de jerarquía al estilo militar donde los ginecólogos se sitúan en la cúspide, y donde las relaciones se encuentran permanentemente tensionadas, no respetándose como se debiera el

ámbito de actuación de cada uno. Así, si en la sanidad pública las matronas deberían ser las encargadas del parto normal, fisiológico, y los ginecólogos de los partos patológicos, la queja más común por parte de las matronas es que esto no suele respetarse, relegándose muchas veces el papel de las matronas al de meras «enfermeras obstétricas», por así decirlo. De estos conflictos jerárquicos entre los profesionales surgen luchas de poder que finalmente revierten en las madres, que no pueden conseguir una asistencia que vaya de la mano de la evidencia científica más actual. Es de destacar que, aunque muchos hospitales posean protocolos supuestamente actualizados con dicha evidencia científica, también tienen otros que consisten más bien en «rutinas hospitalarias», esto es, protocolos no escritos, donde las relaciones entre el personal contienen grandes tiranteces porque suelen favorecer siempre a los más altos en el «escalafón de poder». Aun así, la tendencia que se observa es que, a pesar de que a nivel asistencial los cambios se produzcan aparentemente con una gran lentitud, sí parece existir cierta tendencia a lograr una mayor humanización de los partos. Para lograr esto es imprescindible que el sistema sanitario se muestre más abierto a escuchar las necesidades de las madres, cambiando las relaciones de poder y vertebrando nuevos marcos conceptuales de interpretación del nacimiento como momento imprescindible dentro del cual se articulan estados psicoemocionales de gran importancia. Por ello, es indispensable encontrar un punto de equilibrio entre la seguridad de la biomedicina, el respeto al trabajo de cada profesional con una delimitación clara de sus funciones, y la necesidad de las madres de ser escuchadas, respetadas y tratadas como personas con autonomía y poder de decisión.

II. UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Entonces, en ese seguimiento yo iba con dudas, con preguntas, o con sugerencias, o que no entendía algo, no sé, y siempre me contestaban que «por protocolo». Y además es que en el momento en que se sentían incómodas con mi presencia se ponían a mirar el ordenador y yo ya no estaba ahí.

«Andrómeda», madre de dos hijos

Vamos a comenzar analizando los aspectos teóricos en torno a la violencia de género y a la violencia obstétrica: dónde están enmarcadas, qué tipos de violencias existen y cuáles son sus causas. También veremos por qué están normalizadas así como cuáles son las estrategias de erradicación de la violencia de género. Después, conoceremos cuáles son las leyes que protegen contra la violencia de género en España, así como las específicas contra la violencia obstétrica, si es que existen, amén de aprender cómo se puede prevenir la violencia obstétrica. A continuación, analizaremos la violencia obstétrica dentro del ámbito de los derechos humanos, puesto que éstos deberían ser, a mi entender, los derechos fundamentales de cualquier sociedad. Por último, veremos cómo la violencia obstétrica es una forma de control social, para lo cual realizaremos una pequeña lectura de esta problemática bajo un prisma foucaltiano.

2.1. VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y VIOLENCIA DE GÉNERO

2.1.1. Definición de violencia (OMS). El triángulo de la violencia

La Organización Mundial de la Salud propuso en el año 2003 la siguiente definición de «violencia» (OMS, 2003: 3):

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Según este mismo informe de la OMS (*Ibid.*: 7), la prevención de la violencia como tal resulta fundamental para la erradicación de ésta, lo que se llevaría a cabo actuando simultáneamente en distintos niveles:

- **Nivel sociocultural.** Prestar atención a los factores sociales, culturales y económicos que fomentan la desigualdad y que producen situaciones de violencia, fomentando un acceso real a la educación e igualdad de oportunidades.
- **Nivel público.** Tomar medidas destinadas a prevenir la violencia en lugares públicos y concienciar a la población de la problemática en torno a ésta.
- **Nivel familiar.** Ofrecer entornos saludables y ayuda a las familias disfuncionales.

- **Nivel de género.** Hacer frente a las desigualdades de género con medidas de prevención, prestando atención a las prácticas culturales que atentan contra las mujeres.
- **Nivel individual.** Ser conscientes de los factores de riesgo individuales, y educar a niños y jóvenes en el respeto hacia los demás, corrigiendo los comportamientos violentos mediante la educación.

Existe además lo que el sociólogo noruego Johan Galtung (2003) denominó «el triángulo de la violencia», y que establece la relación entre los tres tipos de violencia que podemos encontrar en la sociedad: la violencia cultural, la violencia estructural y la violencia directa.

- La **violencia cultural** es de tipo simbólico², y se halla en las obras de arte, la ciencia, la religión, etc., es decir, en todas aquellas manifestaciones culturales dentro de una sociedad, creando un marco legitimador de estas actitudes, y reprimiendo o inhibiendo la respuesta de quienes las sufren. Ofrece incluso justificaciones para que los seres humanos se destruyan mutuamente en nombre de la religión, de la patria o de la supremacía (por motivos de raza, sexo, cultura...) y hasta sean recompensados por hacerlo. No hay más que ver cómo las respuestas violentas en todos los niveles y en todos los ámbitos están normalizadas en los medios de comunicación, donde los ejércitos aparecen como la incuestionable vía principal de solución de los conflictos internacionales.
- La **violencia estructural** se considera la más peligrosa, y se da por no ver satisfechas las necesidades que se tienen (supervivencia, libertad, bienestar, identidad...), por permitir desigualdades e injusticias. Se origina en estructuras sociales, y es la violencia que más mata y afecta a más personas. La responsabilidad de la violencia estructural muchas veces está tan diluida que dificulta muchísimo su identificación y el poder actuar sobre ella.
- Por último, la **violencia directa** es aquella que se realiza sobre las personas, ya sea física o verbalmente. Es el tipo de violencia más evidente, puesto que es la

² La violencia simbólica normaliza estereotipos y roles de género, categorías cognitivas, estructuras mentales, etc. De este modo, se reproducen los sistemas asimétricos de poder, invisibilizándolos, y los dominados pasan a ser cómplices de su propia dominación.

que se ve, y esa visibilidad la hace más fácil de identificar y por tanto de combatir. Pero la violencia directa es en realidad como la punta de un iceberg, ya que ésta se asienta sobre las otras dos. Se trata de la manifestación de algo, no su origen, y es en los orígenes (es decir, en los dos otros tipos de violencia) donde deben buscarse las causas para actuar de raíz.

La violencia directa se asienta, por lo tanto, en la violencia estructural y se justifica por la violencia cultural. Si observamos cualquier abuso de poder sobre un grupo oprimido, o cualquier situación de injusticia social (reparto de recursos insuficiente, gran desigualdad en la renta de las personas, dificultad de acceso a los servicios sociales), veremos cómo existirán siempre discursos que justifiquen dichas situaciones.

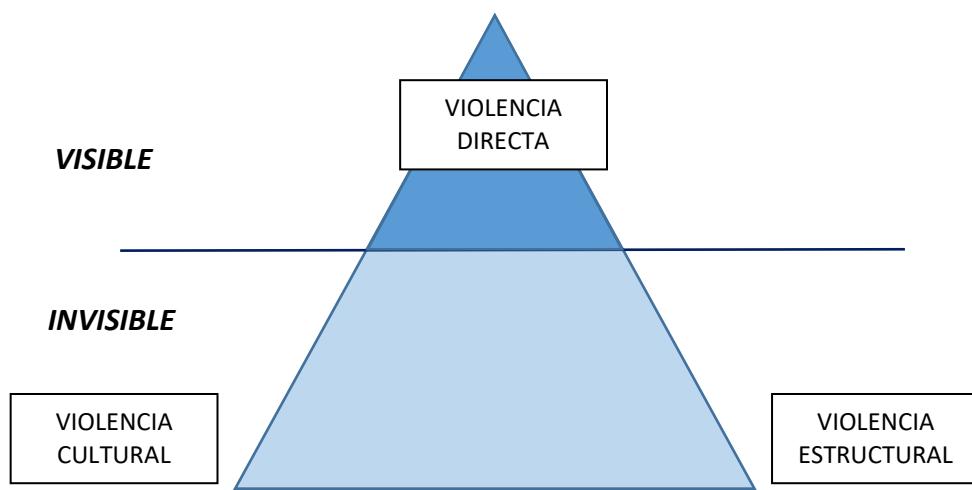


Figura 1.5. El triángulo de la violencia (elaboración propia).

2.1.2. Las violencias contra las mujeres: la violencia de género

En 1993, dentro de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, cuyo artículo 1 la define como (ONU, 1993):

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada.

Actualmente, el término «violencia de género» es el más utilizado para designar algunas de las agresiones que los hombres infligen a las mujeres. El problema es que el concepto no tiene un único significado, y en la mayoría de los casos, se utiliza de forma parcial

(Ferrer, 2007). Si se llama «violencia de género» es porque alude al concepto meramente cultural, porque hombres y mujeres no somos tratados por igual en el marco sociocultural en el que nos movemos. En el apartado 3.2.1. profundizaremos en el concepto de género y en sus limitaciones.

Podríamos definir la violencia de género como...

... toda forma de coacción o imposición ilegítima por la que se intenta mantener la jerarquía impuesta por la cultura sexista, forzando a que la mujer haga lo que no quiere, no haga lo que quiere o se convenza de que lo que fija el varón es lo que se debe hacer. Supone sentirse con derecho a un poder sobre la mujer – abuso de poder– que autoriza a violar, invadir o transgredir sus límites, con el objetivo de vencer sus resistencias y tener control, dominio y posesión sobre ella para conservar el poder en la relación y encarrilarla según sus propios intereses y deseos (Bonino, 2005).

Así, se trata de un mecanismo de control y subordinación de las mujeres y sirve para mantener el *statu quo* de la dominación masculina. Es un tipo de violencia que se da contra las mujeres por el mero hecho de ser mujeres. Por ello, la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* constituyó un auténtico hito a nivel internacional, pues por primera vez se abordó la violencia hacia las mujeres dentro del ámbito de los derechos humanos. El maltrato físico y psíquico se ha considerado tradicionalmente un derecho de los hombres sobre las mujeres, protegido aún en algunos países por la legislación o la ausencia de ésta. De hecho, en las sociedades con un patriarcado más fuerte, regidas por ideas más drásticas de masculinidad y una separación más potente entre sexos, se dan muchos más casos de violencia contra las mujeres que en aquellas donde existe un mayor respeto hacia éstas (TrustLaw Women, 2011).

Este tipo de violencia se enmarca dentro de las llamadas patologías de la civilización, que han sido definidas:

... como un conjunto de problemas de salud, de etiología multifactorial, que tienen en común el que tanto en su origen como en su tratamiento y curación influyen poderosamente la formación cultural, las circunstancias sociales y la conducta personal (Lorente y Toquero 2004: 7).

Nuestra sociedad se sustenta en profundas desigualdades de género a todos los niveles (económicas, sociales, laborales...), lo que redunda en que la violencia de género sea una muestra más de la supuesta «supremacía» de los varones.

Y volviendo al triángulo de la violencia del que hablábamos en el punto anterior, podemos ver cómo la violencia de género está asentada igualmente en su vertiente estructural/cultural, siendo sólo la directa, la punta del iceberg, la que normalmente se ve:

- La violencia contra las mujeres es **estructural**, no se trata de una obra de personas enfermas, sino que se debe a cómo se plantean en nuestra sociedad las relaciones entre hombres y mujeres, esto es, los maltratadores son una consecuencia más del patriarcado. Las estructuras sociales arropan ese tipo de violencia porque fomentan la desigualdad entre géneros, asignando diferentes roles a hombres y mujeres y defendiendo —directa o indirectamente— la superioridad de los unos sobre las otras.
- La violencia contra las mujeres es **cultural**. Estas desigualdades están tan interiorizadas que forman parte del sistema de creencias de buena parte de la población, en mayor o menor medida, identificándolas con «diferencias naturales», con lo que se aceptan como algo inevitable en vez de pensar que resultan de índole social y, por ello, susceptibles de ser cambiadas:

Los distintos movimientos y estudios feministas han mostrado que la cuestión central es entender que la violencia doméstica constituye una extensión o continuación de una violencia cultural hacia las mujeres, puesto que tratamos justamente de política, de relaciones de poder, libertad, sumisión y autoridad en la violencia de género (Cabruja, 2004: 141).

La violencia de género es, además, un instrumento para afianzar ese sometimiento: así se perpetúa la superioridad del poder masculino y se somete la libertad femenina. Se da en todo tipo de mujeres, de todos los niveles culturales y sociales (e igualmente, es impartida por todo tipo de varones, de todos los niveles culturales, sociales, económicos y formativos), lo que demuestra que el principal factor que predispone a ser víctima de violencia de género es simplemente uno: ser mujer.

En palabras de Victoria Sau (1998: 166-167):

Los malos tratos individuales (...) son la manifestación particular y específica de los malos tratos estructurales, institucionalizados, que forman parte del orden patriarcal. Su propia institucionalización hace que pasen inadvertidos y circulen como un material obvio respecto del que no hay que dar explicaciones ni justificarse.

Si las mujeres, en casi todas las culturas, son tratadas como inferiores, y acaban asumiéndolo como una realidad, aunque sea a nivel inconsciente, verán como algo «natural» el que se las trate como a seres inferiores. Desde su más tierna infancia se ven abocadas a un sentimiento de culpa, como veremos en el apartado 5.6.5, y con ello, a una victimización. Por ello, las mujeres se ven fragmentadas, y pasan de «estar» enfermas a «ser» enfermas:

El proceso de victimización culmina cuando el cuerpo de las mujeres se convierte en objeto de mercado y de manipulación, por medio de la cosmética, la cirugía estética y la medicalización de todos los procesos de su cuerpo, de los fisiológicos, como la menopausia o el parto, y de los mentales. [...] Como si no sentir nada fuese la panacea de la felicidad. Sumisas, obedientes, «femeninas» y sin sensaciones ni sentimientos parece ser el objetivo del ideal androcéntrico, que es superior, y que las prefiere víctimas a seres humanos (Valls-Llobet, 2009: 304).

Además, las mujeres víctimas de violencia de género sufren casi siempre una revictimización, que consiste en el padecimiento de otro tipo de maltratos por parte de las instituciones policiales, de la salud y judiciales (Domínguez Vela, 2016: 11). Así, tendrán que pasar por largas esperas, papeleos, interrogatorios vejatorios e incluso mala atención psicológica y médica, lo que muchas veces hace que se arrepientan de haber iniciado la denuncia. Este temor a la revictimización influye mucho en la decisión de denunciar por parte de las víctimas, que se imaginan aún más vulnerables y expuestas si finalmente van a ser tratadas sin ningún respeto por su intimidad.

2.1.3. Qué es la violencia obstétrica: la violencia obstétrica como violencia de género

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

La violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género: se infantiliza a las mujeres, tratándolas de un modo paternalista y vejatorio, pero está tan normalizada a nivel social que resulta difícil la visibilización del problema. Y la violencia de género más peligrosa es precisamente aquella que está invisibilizada. En México, por ejemplo, hay hospitales en los que se chantajea a las mujeres con la obligación de ponerse un DIU tras el parto o si no la incisión de la cesárea será vertical (y por ello, menos estética) en vez de horizontal (Reza, 2013), lo que atenta gravemente contra los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

Si yo, por el mero hecho de ser mujer, tengo que aguantar que me toquen mis genitales sin permiso, recibiendo vejaciones como «no seas cría» o «bien que no te quejabas cuando encargabas el bebé», estamos ante un caso flagrante de violencia de género. No se suelen escuchar casos de varones a los que los urólogos les hacen tactos rectales a la fuerza (por ejemplo), esgrimiendo frases como «no seas crío». Sobre los varones se puede ejercer violencia de otras índoles, pero no violencia de género, puesto que ésta se da sólo contra las mujeres por el mero hecho de serlo, como hemos visto³.

Maicha, de hecho, piensa que molesta que las mujeres acudan con conocimientos:

Ya no permití que me hicieran el Hamilton por ejemplo, y nada, en general muy paternalista, muy... «a ver, aquí, a ver, venga, que tú no sabes», y he observado que molesta que tú sepas, molesta que tengas unos mínimos conocimientos.

Infantilizar a las mujeres, tener hacia ellas una actitud absolutamente paternalista, está a la orden del día en las consultas de seguimiento del embarazo y en los paritorios de todo el país. Por ejemplo:

Un ginecólogo, ante las dificultades que tenía para realizar un examen, gritó a la paciente que por qué contraía la vagina, pues no podía realizar la exploración como él deseaba. La mujer se sintió insultada por el trato y las palabras que le dirigió el especialista calificando sus genitales y sus hábitos sexuales. Cuando ella no quiso cooperar, el ginecólogo la amenazó diciéndole que tendría que usar instrumentos aún más potentes para poder realizar el examen. La paciente terminó tan aterrorizada que no pudo terminar la prueba. Posteriormente, en otro hospital y con anestesia, se le diagnosticó un cáncer. Ella relata que fue tratada «como una vaca» (Valls-Llobet, 2009: 377).

³ Para ver más sobre los límites del concepto de género, y de cómo éste equivale muchas veces a «mujer», ver el apartado 3.2.1.

Las víctimas de violencia obstétrica suelen relatar cómo notaron una sensación creciente de pérdida de poder (haciéndolas sentir inferiores, como «que no tenían voz»), cómo se las ignoraba (el personal sanitario miraba la pantalla del ordenador en vez de establecer contacto directo, no escuchaba sus necesidades específicas, actuó por protocolo y como si todas las mujeres fueran iguales o usó un lenguaje confuso como método de separación entre profesional y paciente, etc.) y cómo existía una falta total de empatía (en distintos grados, desde insensibilidad hasta desdén y humillación directa de las pacientes). Es precisamente lo que comenta *Andrómeda*, que destaca que era como si el ecógrafo estuviera solo, sin personas detrás:

En ese embarazo me encontré esa frialdad pero tampoco me decían cosas malas, entre comillas, ¿sabes? Era simplemente como si hubiera sido la máquina sola, ¿sabes? La que me hubiera hecho la ecografía.

La violencia de género constituye un problema de salud pública, ya que diversos estudios han demostrado cómo las víctimas tienen en general peor salud, tanto mental como física (Blanco Prieto, 2005). Igualmente, las mujeres víctimas de violencia obstétrica presentan diversos cuadros médicos en su salud, tanto físicos (secuelas sexuales, dolor, incontinencia, problemas con la lactancia, etc) como emocionales (síndrome de estrés postraumático, depresión postparto, rechazo a ser tocada, etc), como veremos en el punto 5.6.7.2.

En países como Venezuela o Argentina, como veremos en el apartado 2.2.2., la violencia obstétrica está incluida en las leyes contra la violencia de género, pues se contempla como una apropiación indebida del cuerpo femenino y de sus procesos reproductivos, en tanto que trato deshumanizador, exceso de medicalización y patologización, pérdida de autonomía y de la capacidad de decisión por parte de las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) da una definición de salud (OMS, 1948) indicando que ésta es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades». Si la violencia obstétrica que vemos es sólo la punta del iceberg, entonces es que ésta se asienta, también, peligrosamente sobre las otras dos violencias mencionadas: una violencia cultural muy fuerte en la que las pacientes en general se sitúan en un papel de indefensión aprendida

respecto a los profesionales de la salud (y doblemente además, por pacientes y por mujeres) y una violencia estructural donde no se está ofreciendo a las mujeres lo que ellas necesitan, no se está respetando su poder de acceso a la información, su poder de decisión.

Porque las mujeres deberían tener siempre acceso a la información, poder elegir libremente si desean o no un embarazo, cómo llevar a cabo el seguimiento de éste, cómo parir y dónde, por quién(es) estar acompañadas en esos momentos, etc. Pero si el contexto social falla, si éste impide que las mujeres tengan información, si impide que las mujeres ejerzan dicho control sobre sus propios cuerpos... entonces esos cuerpos están manipulados, son meros objetos del poder hegemónico.

2.1.4. La violencia obstétrica es también violencia simbólica

La violencia obstétrica es también violencia simbólica porque:

La violencia simbólica es aquella que se ejerce, sin mediación de la fuerza física, sobre un agente social con su complicidad, puesto que el agente dominado no es consciente de su estado de sumisión, no se siente obligado a actuar y pensar de la forma en que lo hace porque hacerlo significaría ir en contra del orden lógico o «natural» de las cosas. Es transmitida a través de símbolos, como son gestos, actitudes, posturas corporales, etc., cuyo significado es comprendido e interpretado dentro de la propia cultura (u otras), y es transmitido de generación en generación mediante la educación (Fernández Fernández, 2005).

... Y como tal, según Michelle Sadler (2004: 15-66), resulta invisible porque se muestra por el discurso hegemónico como «necesaria» para «ayudar» a las personas: de ese modo, las mujeres se sienten obligadas a obedecer y a no cuestionar a los profesionales. Y es que además, si lo hacen, la violencia hacia ellas casi siempre aumenta. Así, «las técnicas modernas de represión son en general invisibles y no dicen lo que prohíben, porque decirlo es dar indicación de su existencia» (Rodrígáñez, 2010: 19). Parecería que siempre hay que callarse, según dice *Besly* de un modo irónico, «porque el médico lo hace por tu bien. Y por el bien del bebé».

Sadler (2004: 15-66) hace esta distinción de los mecanismos de control social presentes en la atención medicalizada de un parto:

- **Homogeneización:** No se consideran las diferencias entre las mujeres, no se les pregunta su opinión ni su consentimiento, y se las trata como a sujetos pasivos de los servicios de salud.
- **Patologización:** Las parturientas son consideradas enfermas, alertando siempre de los riesgos, y usando con mujeres con un embarazo normal los mismos procedimientos que aquellas que tienen embarazos con problemas, impidiendo a las mujeres que confíen en sus propias sensaciones, delegando el conocimiento en las mediciones de los aparatos y en los análisis.
- **Fragmentación:** Las mujeres se encuentran fragmentadas, pues se aíslan los procesos fisiológicos de los factores emocionales, ambientales, culturales y sociales.
- **Naturalización:** Se trata a las mujeres como a seres pertenecientes a la naturaleza, y por ende poco racionales, por lo que se las infantiliza, negándoles información.
- **Contaminación:** Se recuerda constantemente a las parturientas que tienen que seguir las pautas y no interferir en el trabajo de los profesionales, que son quienes saben, impidiéndoles que accedan a sus propios cuerpos.
- **Culpabilización:** Se responsabiliza a las mujeres de las dificultades que puedan producirse durante el parto; por ello, muchas mujeres hablan como si lo vivido por ellas fuera lo normal dentro del ámbito médico, acallando de ese modo sus percepciones subjetivas.

La asistencia en el embarazo y el parto, entendida dentro de la visión biotecnológica imperante en Occidente, sigue otorgando a las madres gestantes el papel de enfermas, objetos, pasivas en una supuesta enfermedad que en realidad es un proceso fisiológico.

2.2. LA SITUACIÓN LEGAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA

2.2.1. Legislación sobre violencia de género

Aunque la violencia de género ha estado invisibilizada durante siglos, el reconocimiento de su existencia marcará un antes y un después en la consideración de los derechos de las mujeres. Podemos encontrar antecedentes en la intención de regularizar esta situación en diversas convenciones. Por ejemplo, en la II Conferencia Mundial sobre la

Condición Jurídica y Social de la Mujer que se celebró en 1980, se constató que la violencia contra las mujeres es el crimen más silenciado del mundo. En 1993, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena, se reconocieron los derechos de las mujeres como Derechos Humanos. En ese mismo año se celebró la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), y en ésta se definió la violencia contra la mujer como una forma de discriminación que impide gravemente el goce de derechos y libertades en igualdad con el hombre. En 1995, en la IV Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, se explicó que debían evaluarse las relaciones entre mujeres y hombres dentro del concepto de género. Desde 1995, la ONU reconoce que la violencia de género es uno de los principales hándicaps en la consecución de la libertad y el disfrute de derechos por parte de las mujeres.

En España, tomando como referencia todas estas reflexiones a nivel internacional sobre violencia de género, así como la visibilidad cada vez mayor a partir del año 2000 de las cifras de víctimas mortales, se aprobó por unanimidad de todos los grupos parlamentarios la Ley Orgánica 1/2004, del 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Sólo a partir de esa ley se estableció un concepto de referencia único de violencia contra las mujeres: en su artículo 1.1, se define la violencia de género...

... como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia, [...] y comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad (BOE, 2004: 42168).

El problema de la Ley 1/2004 es que se circunscribe exclusivamente al ámbito de la pareja o expareja, por lo que no se atienden como casos de violencia de género la que puede sufrirse por parte de otro tipo de personas: en el trabajo, en los estudios, en el entorno sanitario, etc. E incluso dentro del ámbito sentimental de las víctimas, determinados casos no están considerados oficialmente como de violencia de género, lo que produce el desconocimiento de la prevalencia real de la muerte de mujeres tras

el ataque de un agresor que es o ha sido su pareja. Aun así, las cifras siguen siendo escandalosamente altas (más de 700 en una década). Además, esta ley hay que analizarla siempre en conjunto con la LO 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Ahora, más de diez años después, se está realizando una revisión exhaustiva de los logros y los fallos de la ley. Los temas que aún quedan pendientes son: incidir sobre todo en los aspectos educativos como la base de la prevención, fijarse más en la violencia psicológica porque ésta suele pasar más desapercibida, y coordinarse de manera óptima entre los distintos profesionales que tratan a las víctimas.

2.2.2. El reconocimiento legal de la violencia obstétrica

La violencia obstétrica podría encuadrarse en dos ámbitos: o como violencia de género, o como violencia contra los pacientes «en general», esto es, desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano (Villaverde, 2006: 31-32). Entendemos que la violencia obstétrica es mala praxis médica unida a violencia de género por las razones expuestas en el apartado 2.1.; además, **los países que han legislado específicamente sobre violencia obstétrica la han encuadrado siempre en el marco de la violencia de género.**

Así, podemos observar el caso pionero de Venezuela, cuya legislación ofrece respuesta a esta tristemente frecuente demanda. Según la Ley Orgánica venezolana sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, se establece lo siguiente (Villegas Poljak, 2009):

... Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarla o amamantarla inmediatamente al nacer.

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda...

Igualmente, en otros países, como Argentina o México, la violencia obstétrica está claramente tipificada. En Argentina⁴, mediante la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado de 2004, y en México, mediante la modificación en 2014 de la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia.

En España, podemos encontrar las siguientes legislaciones:

1. La Constitución Española, en su artículo 43, apartado 1, dice que: «Se reconoce el derecho a la protección de la salud».
2. La Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, expone cuáles son los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de autonomía y en cuanto a la información y documentación clínica: toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes, que pueden siempre negarse a los tratamientos. Los profesionales, por su parte, están obligados a prestar un servicio correcto, cumpliendo los deberes de información y documentación clínica y respetando siempre las decisiones de los pacientes. Pero proporcionar información implica hacerlo igualmente del modo más adecuado: si una mujer se encuentra en un momento de gran vulnerabilidad y necesitado de delicadeza como es un parto, se debe informar teniendo en cuenta dichas circunstancias. La información no es algo optativo, es un imperativo legal, ético y deontológico.
3. La Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad (artículo 10.5) reconoce como un derecho del paciente el que se le dé la información en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, que dicha información sea completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, y que incluya el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento.

En esa misma ley se explica, en el capítulo VI del Título I, cuáles serían las infracciones y sanciones en materia de sanidad. En el artículo 10.12 se reconoce el derecho de utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias, así

⁴ En Argentina las leyes en esta cuestión al parecer no suelen ser muy efectivas, lo que ha llevado al Ministerio de Justicia a crear una página web sólo para denunciar los casos de violencia obstétrica: <http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero/denuncia-de-la-violencia-obstetrica-modelos-e-instructivo.aspx>

como el deber de las administraciones sanitarias de dar una respuesta por escrito en los plazos reglamentariamente establecidos. Pero se trata de un texto generalista que no especifica nada y que no tiene ninguna transversalidad de género incorporada.

4. Por último, la Ley 44/2003 del 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de dichas profesiones. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud. El incumplimiento de sus obligaciones remitirá igualmente al apartado de sanciones de la Ley General de Sanidad que hemos nombrado en el anterior párrafo.

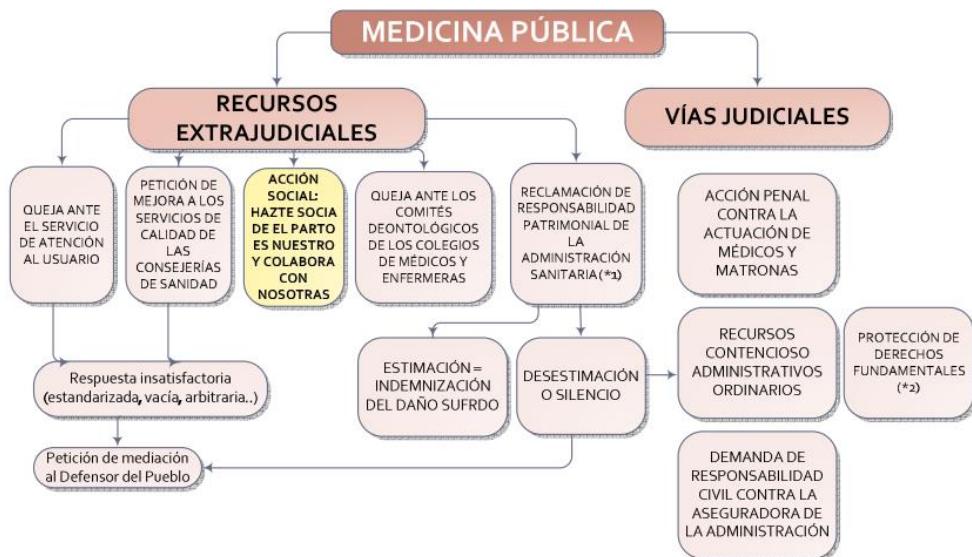
Vemos cómo no existe en España ningún reconocimiento legal de la violencia obstétrica como tal, aunque en las diferentes legislaciones autonómicas podemos encontrar algunos aspectos concretos relativos a aspectos como la independencia de la madre o la defensa del proceso natural del parto. Por ejemplo, en Andalucía, en el decreto 101/95 se recogen derechos como la no medicalización del parto, el derecho al contacto piel con piel, al acompañamiento, etc. Otras comunidades cuentan con legislaciones o decretos similares.

¿Cómo pueden proceder las víctimas entonces? En la mayoría de los casos, únicamente puede hacerse uso de las hojas de reclamación o sugerencias de los propios centros hospitalarios, hojas con nulo poder sancionador y a veces ni siquiera los usuarios de éstas reciben respuesta alguna (como le sucedió a la informante *Sfg*, lo veremos en el apartado 5.4.5.2).

Si se quiere denunciar por la vía legal, resultará extremadamente complejo, porque no existe ningún trasfondo legal y porque cuanto menor sea el daño (según criterios jurídicos), más complicado resultará demostrarlo. Cualquier paciente en general que

denuncie a la justicia la mala praxis de un profesional de la medicina tendrá que sortear una larga serie de escollos, además de los costes económicos del litigio, la mayoría ni siquiera llegará a juicio. Así que únicamente los casos de violencia obstétrica de mayor gravedad tienen alguna oportunidad de conseguir alcanzar la vía judicial.

Por lo tanto, sería necesario que la legislación española tipifique la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género, porque hoy por hoy, únicamente puede ponerse una reclamación que muchas veces no servirá de nada, amén de poder denunciar el caso en redes sociales, prensa y demás. Sólo exigiendo que la violencia obstétrica deje de estar invisibilizada se podrá avanzar en la erradicación de esta lacra social.



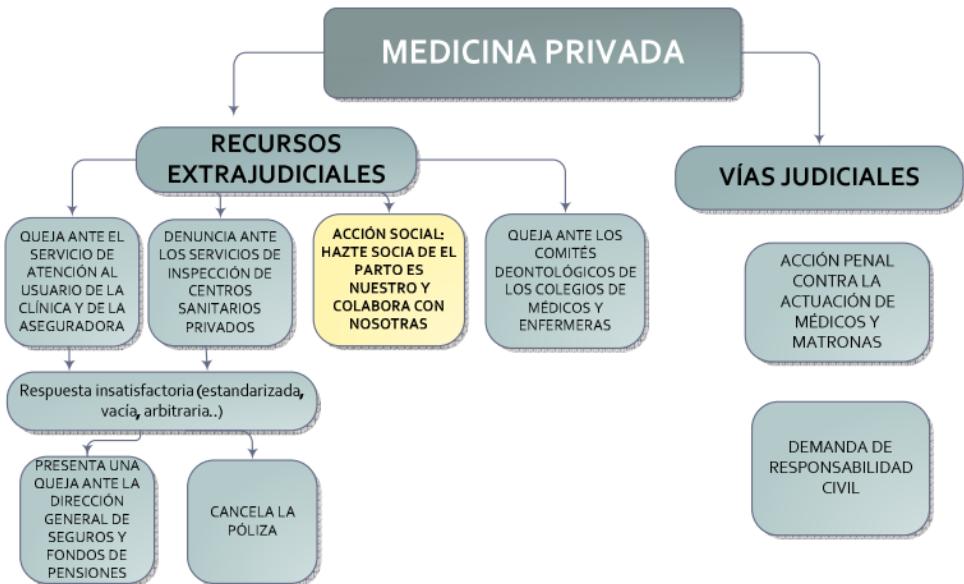


Figura 1.6. *Vías de reclamación frente a las malas prácticas en el parto propuestas por EPEN (extraído de El Parto es Nuestro).*

Según Ángeles Carmona, presidenta del Observatorio de Violencia de Género del Consejo General del Poder Judicial, uno de los retos a conseguir después de haber conseguido que «la violencia de género se haya convertido en una cuestión de Estado» (Díaz, 2014) es el incluir la trata de personas, las violaciones fuera de la pareja o la mutilación genital dentro de la definición de violencia de género, tal y como se prevé en la *Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016*. De momento, en el estudio que se está preparando con los datos del año 2016, se ha introducido por primera vez a todas las asesinadas por ser mujeres, independientemente de si lo fueron por sus parejas (Asenjo, 2018), en espera de que la legislación también amplíe la definición de violencia de género fuera del ámbito de la pareja. Si en algún momento se consigue cambiar la legislación, ¿por qué no luchar para que se incluya la violencia obstétrica en esta estrategia u otra similar?

2.2.3. Prevención de la violencia obstétrica

Prevenir la violencia obstétrica pasa por que el personal sanitario, en primer lugar, se involucre, se comprometa y se eduque. En cualquier discriminación de género hace falta aún muchísima pedagogía para su total erradicación. Sólo estableciendo una relación de igual a igual entre médico y paciente, sólo responsabilizándose la mujer gestante de su

propia salud, sólo exigiendo siempre información y participación en la toma de decisiones será posible un progreso real en esta materia. Humanizando la medicina, favoreciendo la escucha a los pacientes por parte de los profesionales, esto no será ya algo tan lejano.

Y es que actualmente, aunque con lentitud, se avanza cada vez más en las labores de prevención de la violencia en general y de la obstétrica en particular. Así, podemos encontrar valiosos instrumentos que ayudarán a un mayor conocimiento y empoderamiento de las mujeres embarazadas.

2.2.3.1. Las recomendaciones de la OMS

Ya en 1985, la OMS (¡hace más de treinta años!) publicó unas recomendaciones (OMS, 1985: 436-437), que suelen llamarse *La declaración de Fortaleza*, con ocasión de una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto en Fortaleza (Brasil), con la asistencia de personal sanitario, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. Las recomendaciones se basan en el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada, que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de dicha atención, y que los factores sociales, emocionales y psicológicos resultan decisivos.

Según dichas recomendaciones, las mujeres deben poder elegir, debe existir información pública sobre los hospitales y sus estadísticas, las matronas han de ser las encargadas de los partos eutócicos (normales, vaginales, fisiológicos), las cesáreas nunca deben superar el 10-15 %, y se insiste en la inconveniencia de rituales de medicalización sin justificación: enemas, rasurados, monitorización fetal, posición litotómica, episiotomías, inducciones, administración rutinaria de fármacos, ruptura artificial de membranas, etc. Debe fomentarse el contacto piel con piel y la no separación de la madre y el recién nacido, fomentando la lactancia materna.

Además, en el mes de marzo de 2018, la OMS ha publicado un documento llamado *Recomendaciones. Cuidados intraparto para una experiencia de parto positiva*, que ratifica el contenido de la Declaración de Fortaleza y de las guías que derivaron de ésta, en el cual se añade toda la evidencia científica que ha ido apareciendo en los últimos

treinta años, con el compromiso de actualizar el documento según vayan surgiendo nuevas evidencias. Incluye 56 recomendaciones sobre atención al parto, orientadas mayoritariamente a reducir al mínimo la intervención médica en partos de bajo riesgo y en los que no se presenten complicaciones, y con el propósito de que las madres puedan tomar decisiones sobre sus propios partos y conseguir así una experiencia más positiva. Podemos ver un resumen de la guía en la siguiente figura.

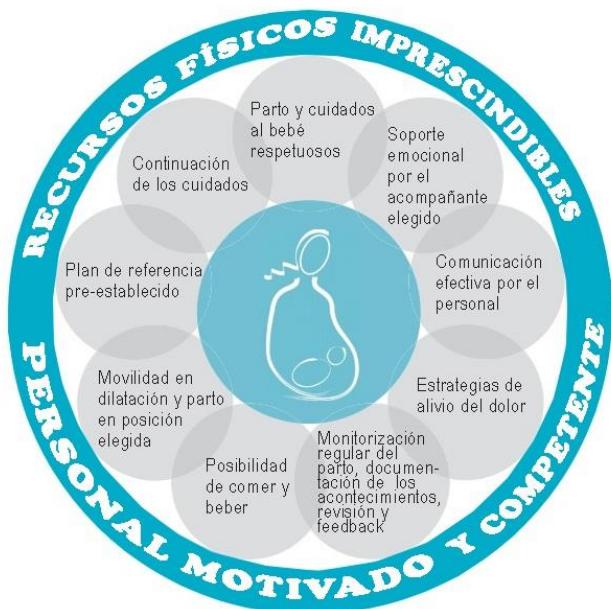


Figura 2.1. Representación esquemática del modelo de cuidados de la OMS (OMS, 2018: 169) (traducción propia)

2.2.3.2. La Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN)

En 2008, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del gobierno de España publicó la denominada *Estrategia de Atención al Parto Normal*, que se ha convertido en la referencia de actuación en la materia para todo el territorio español. Su objetivo es la humanización del parto, para lo cual desea potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales como objetivo general, revisando las prácticas actuales y eliminando intervenciones que en ocasiones son innecesarias, como la episiotomía, el rasurado o el enema.

Las recomendaciones que se proponen en dicha Estrategia están basadas en las mejores evidencias científicas disponibles y resultan una buena herramienta para mejorar la atención, facilitar la participación de las mujeres en su parto y apoyar las iniciativas de

mejora en los servicios obstétricos de los hospitales españoles. Además, y derivados de esta Estrategia, se han elaborado varios documentos, como: *Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones* (2009), *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal* (2010), y la *Guía de práctica clínica de atención al embarazo y al puerperio* (2014).

2.2.3.3. Ley de Autonomía del Paciente. El consentimiento informado y el Plan de Parto

Podemos definir la autonomía como un modelo contrario al paternalismo, donde el paciente es capaz de tomar sus propias decisiones: «sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu, el individuo es soberano» (Mill, 1970: 66). Las mujeres embarazadas deberían gozar siempre de tres tipos de autonomía: decisoria, informativa y funcional.

La Ley de Autonomía del Paciente (BOE, 2002), que ya hemos mencionado en el punto 2.2.2., define el consentimiento informado como «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud». El consentimiento informado es pues el procedimiento médico formal destinado a aplicar el principio de autonomía del paciente (el derecho a ser reconocido como persona libre y dueña de tomar sus decisiones); por lo tanto, supone la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos. Un consentimiento informado debe explicar al detalle en qué consiste el procedimiento al que se va a someter el paciente para que éste lo apruebe explícitamente, sin embargo, resulta frecuente en medicina que se realicen diagnósticos y terapias sin el uso de dicho consentimiento: según el último informe del Observatorio de Violencia Obstétrica de España, en poco más de la mitad de los casos (50,1 %) se actuó prescindiendo del consentimiento de las mujeres (OVO, 2017: 7). Que el paciente participe en las decisiones médicas debería ser algo que se diera absolutamente en todos los casos, lo cual no siempre sucede así. Además, un problema en los consentimientos informados de obstetricia es que en muchos de ellos no se explican correctamente los riesgos y/o efectos secundarios (por ejemplo, de una episiotomía), por lo que su finalidad de informar quedaría en entredicho.

En este sentido, la sentencia del 20 de octubre del 2009 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 9^a, rec. 151/2006 (EPEN, 2011), negó validez a un documento de este tipo elaborado de forma estandarizada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). La reclamación tenía por motivo la asistencia que le fue prestada a la demandante con ocasión del parto de su segundo hijo y las posteriores complicaciones de la episiotomía que se le realizó. La sentencia dice así:

La demandante alega que el 12 de agosto de 2004 dio a luz a su segundo hijo en el Hospital Universitario Santa Cristina, donde fue asistida por la comadrona y se le realizó una episiotomía. Tras el parto comenzó a sentir dolor en la zona, por lo que acudió repetidas veces al hospital, a su centro de salud y al ginecólogo.

[...] Ninguna alusión se hace a la posible práctica de la episiotomía ni, por supuesto, a los eventuales riesgos que conlleva. [...] La necesidad de consentimiento informado está establecida en el art. 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Implica el derecho de los pacientes a conocer «con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma», información que «comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias».

[...] Sin duda, el impreso que fue suscrito por la recurrente no obedecía a la finalidad que asignan al consentimiento informado tanto el Derecho positivo como la jurisprudencia [...].

Concurren, así pues, los requisitos necesarios para que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por falta de consentimiento informado. [...] en consecuencia, condenamos a la Administración demandada a que indemnice a la recurrente en la cantidad de SEIS MIL EUROS (6.000 €).

En cuanto al Plan de Parto, aunque lo trataremos con más detalle en el apartado 5.2.4., se trata de un soporte documental que recoge la voluntad de la usuaria, pero esta vez respecto al parto en particular y a cómo debe de ser la actuación del personal sanitario en éste. La gestante dice sí, no, o tal vez a las intervenciones más comunes en el embarazo: enema, rasurado, episiotomía, etc...

Según el artículo 26 de la Ley de Autonomía del Paciente (BOE, 2002) o LAP:

Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

El modelo actual de atención al parto está superado y puede llegar a constituir un ámbito institucional de discriminación, violencia contra la mujer y privación de los derechos reconocidos en la Ley General de Sanidad y Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.

2.2.3.4. Los hospitales iHan

iHan son las siglas de «Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia», una acreditación que en un primer momento se denominó «Iniciativa Hospital Amigo de los Niños»; fue lanzada por la OMS y Unicef, y debe renovarse cada poco tiempo. Actualmente sólo 17 hospitales españoles poseen la acreditación, aunque hay unos ochenta más en vías de obtenerla. Un hospital iHan debe ofrecer una asistencia al parto acorde con la *Estrategia de Atención al Parto Normal* del Sistema Nacional de Salud, es decir, en los partos hay que respetar continuamente el criterio de la parturienta, no realizar maniobras sin su consentimiento, permitirle adoptar las posturas que ella desee, respetar sus ritmos, minimizar el uso de instrumentos, y favorecer el contacto piel con piel desde un primer momento.

2.2.3.5. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó en 2014 la nueva *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Su objetivo es sentar las bases de los protocolos hospitalarios para lograr que los partos sean cada vez menos intervencionistas, menos medicalizados y que la atención resulte más respetuosa. Para realizar la guía se ha utilizado la última evidencia científica de cada tema tratado y con ello se intentan aportar recomendaciones para que en la práctica clínica se vayan asumiendo, se utilicen cada vez más y, de ese modo, se logre dejar atrás la atención paternalista que ha reinado en décadas anteriores y las intervenciones rutinarias con escaso o nulo beneficio para la madre o el bebé. En cualquier caso, no dejan de ser recomendaciones, que los hospitales no están obligados a seguir más allá de su buena voluntad.

2.2.3.6. Observatorio de salud de la Mujer

Por último, cabe destacar el trabajo que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad está realizando, mediante el Observatorio de Salud de la Mujer, donde se promueven las siguientes medidas respecto a la atención obstétrica:

- Iniciativas de atención humanizada que sigan las recomendaciones de la OMS y respeten la participación de las mujeres en sus propios partos, adecuando el entorno para que éste sea no sólo seguro sino también cómodo.
- Protocolos basados en la evidencia científica en la atención al embarazo, parto y puerperio, siempre en aras de disminuir las intervenciones innecesarias.
- Iniciativas de atención multicultural del embarazo, parto y puerperio.
- Iniciativas de promoción de la lactancia materna respetando la decisión de las madres y ofreciendo siempre información actualizada.

2.2.4. Brechas entre las normas y su puesta en práctica

Como hemos visto, en España supuestamente la violencia obstétrica, a pesar de no tener una legislación específica para impedirla, sí cuenta con diferentes normas y estrategias que deberían contribuir a disminuir notablemente el número de casos:

- La legislación existente en materia de igualdad y de prevención de la violencia de género.
- Las recomendaciones de la OMS.
- La Declaración Universal de Derechos Humanos (ver punto siguiente).
- La Ley de Autonomía del Paciente.
- El Consentimiento Informado y el Plan de Parto.
- La Estrategia de Atención al Parto Normal.
- Los Hospitales iHan.
- Los distintos protocolos y recomendaciones en pos de un parto más respetado que pueden darse a nivel individual en los hospitales, o en legislaciones autonómicas específicas.

Sin embargo, ¿cómo puede ser que sigamos teniendo una de las tasas más altas de cesáreas de toda Europa (Euro-Peristat, 2010: 80)? ¿Cómo puede ser que se rechace toda la evidencia científica disponible, que demuestra lo importante que es el modo de

nacer en un gran número de factores de salud posteriores? ¿Cómo pueden negarse sistemáticamente las advertencias que la OMS lleva años haciendo? ¿Cómo puede ser que nadie detenga esta barbarie?

2.3. VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DERECHOS HUMANOS

Al igual que la violencia de género es un problema de derechos humanos (CEPAL, 1996), con la violencia obstétrica sucede lo mismo. Hace más de treinta años que se vienen realizando conferencias internacionales sobre derechos humanos que alertan de la importancia del respeto a los derechos sexuales y reproductivos, desde las primeras: *Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer* (1979), *Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* (1993), *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (1995), *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres* (1996), etc. Se define la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. Aun así, se siguen violando sistemáticamente los derechos humanos en general y los derechos de las mujeres en particular.

En la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Pekín, en 1995, de las Naciones Unidas, se definió la salud sexual y reproductiva como «la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducirse, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia» (ONU, 1995). Sin embargo, en la mayoría de los países del mundo, las mujeres no tienen capacidad de decisión sobre cuándo quieren quedarse embarazadas, cuándo y bajo qué condiciones desean mantener relaciones sexuales e, incluso, cuándo asistir a los servicios sanitarios.

Según el artículo 8 de la Convención Europea sobre Derechos Humanos (ONU, 1948):

1. Todas las personas tienen derecho a que se respete su vida privada y familiar, su hogar y su correspondencia.
2. Ninguna autoridad pública (hospital, autoridad sanitaria...) podrá interferir en el ejercicio de este derecho, excepto en los casos en que, de acuerdo con la ley y en una sociedad democrática, sea necesario para la seguridad nacional, el orden público o el bienestar económico del país, la prevención de disturbios o delitos, la protección de la salud o la moral, o para la protección de los derechos y libertades de otras personas.

Sin embargo, existen hospitales que violan sistemáticamente este derecho exponiendo innecesariamente el cuerpo de las mujeres, obviando su derecho a la intimidad, e impidiéndoles decidir sobre su cuerpo: «Me metieron mano más o menos 13 estudiantes... me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran» (INSGENAR, 2003: 20). O como me comentaba *Txu*:

Me voy a atrever a decir la palabra «violada», o sea, violada en cuanto a mis derechos, en cuanto a mis necesidades, en cuanto a las necesidades de mi crío y también de mi pareja, porque esto... sí, es a la mujer, evidentemente, a quien le están haciendo este daño, pero al final esto es un puzzle y una pieza de dominó que empieza a repercutir a todos, y tenía tanto miedo a que fuese mal.

Y eso que el artículo 3 de la CEDH dice que «nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes» (ONU, 1948).

Si analizamos cualquier situación de violencia obstétrica, veremos cómo se vulneran varios derechos. La administración de medicamentos en contra de la voluntad de los pacientes o llevar a cabo tratamientos médicos sin el consentimiento expreso de éste interfiere con el derecho a la vida privada. Por tanto, debe estar basado en una ley y ser absolutamente necesario, en una sociedad democrática, para que se pueda justificar. Es por ello urgente que los sistemas de salud revisen sus protocolos en estas materias, garantizando de este modo el derecho de las mujeres a tener toda la información relacionada con su atención obstétrica, y a decidir sobre los procedimientos empleados en ésta. Los distintos Estados deberían seguir el ejemplo legislador de Argentina, México o Venezuela, mediante la implantación de políticas y programas que mejoren la atención a la salud de las mujeres en general y que penalicen la violencia obstétrica en particular, puesto que ésta constituye una violación flagrante de los derechos humanos.

2.4. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO FORMA DE CONTROL SOCIAL

La violencia obstétrica, en tanto que violencia de género, es una forma de control social: sigue el patrón de subordinación de las mujeres y de dominación de lo masculino, en paralelo con el patrón de subordinación del paciente y de dominación del profesional

de la salud. Hay, por lo tanto, una doble dominación y una doble subordinación, con lo que las mujeres se encuentran doblemente desprotegidas⁵.

En el siguiente capítulo, destinado a contextualizar la salud de las mujeres, vamos a analizar cómo, desde los inicios de la medicina moderna, existe una idea latente de que la fecundidad y la maternidad constituyen etapas vitales en las mujeres, que deben pasar irremediablemente por la sumisión al orden médico establecido, que ha desarrollado toda una maquinaria destinada a regular y controlar los cuerpos femeninos. Los profesionales de la salud, así, están socialmente legitimados para controlar y doblegar la voluntad de las parturientas, de manera simbólica, psicológica y física. Porque si las mujeres desearan recuperar el control de sus propios cuerpos, de sus propias sensaciones, se llevaría a cabo un auténtico choque de intereses, ya que el empoderamiento incomoda profundamente a los protocolos establecidos y hace que se tambaleen los cimientos mismos del poder biomédico.

Los estereotipos de género están fuertemente arraigados en la medicina en general y en la práctica de la obstetricia en particular: la maternidad como única misión en la vida para las mujeres es una idea aún latente, todavía en la base social. El arquetipo – originado en las concepciones y representaciones culturales en torno a las mujeres y a su sexualidad– de la madre abnegada, sacrificada, que tiene que pagar con un parto doloroso el haber podido disfrutar del placer sexual, está irremediablemente presente en el inconsciente colectivo. Y esto podemos verlo en frases que el personal médico pronuncia durante el parto, como a una mujer mexicana, a quien se le dijo que «bien que cuando cogiste no gritabas; te gustó lo dulce, ahora aguántate lo amargo» (INSGENAR 2003: 27), que es exactamente lo mismo que le dijeron a *Maicha* en un momento de dolor: «caraaaio, cuando lo hacías no te dolía, no te quejabas tanto, eeeh»... o a una mujer a quien le practicaron una inadecuada sutura tras el parto, «empequeñeciendo artificialmente la abertura vaginal, cosiendo de más para “dejarme virgen”, como explicó la ginecóloga a mi marido con un guiño» (Fernández Guillén,

⁵ Ver nota 18, sobre el concepto de interseccionalidad: las mujeres, además, pobres, o muy jóvenes, o de determinadas razas, lo tendrán algo más difícil según se vayan añadiendo «elementos de desprotección».

2003), lo que le provocó mucho dolor posterior en sus relaciones sexuales durante bastante tiempo⁶.

La antropóloga Brigitte Jordan (1997) ha realizado investigaciones sobre partos hospitalarios en EEUU, y en éstos ha podido observar cómo se ignora lo que mayoría de mujeres afirma sobre lo que sucede en sus cuerpos hasta que lo corroboran los especialistas, como veremos en el apartado 3.3.4. El conocimiento autorizado sería el de los profesionales de la salud, no así el de la parturienta. Lo mismo sucede con las máquinas como los ecógrafos, que explican lo que sucede en los cuerpos de las mujeres sin que éstas tengan ya que decir nada, como si se tratara de meros contenedores cuyas sensaciones no tuvieran el menor interés. La máquina controla, domina, al cuerpo.

El control social sobre las mujeres es el control sobre su sexualidad misma, que podemos observar en los medios de comunicación, en las instituciones educativas, en cualquier vehículo transmisor de valores culturales y sociales donde los estereotipos de género estén en la base. Se trata de que las mujeres interioricen las normas sociales y los valores dominantes desde su más tierna infancia, así como las consecuencias de salirse de dichas normas, lo que conllevaría la represión y el castigo: «ésa, como siga gritando, se va a ganar una cesárea» (Fernández Guillén, 2003). Es evidente que la vida sexual de las mujeres está en la base misma de su reputación: una mujer con una vida sexual activa es tachada de prostituta, de «ligera», mientras que un hombre sexualmente activo es exitoso, atractivo y deseable. En este contexto, aplastar la sexualidad femenina en todos sus ámbitos (y el embarazo y el parto forman parte también de dicha sexualidad, no lo olvidemos) resulta un mandato invisible del patriarcado. Una manera de perpetuar los estereotipos de género y de conservar la posición privilegiada masculina.

La violencia obstétrica es una forma de control social porque legitima la pasividad de las mujeres, porque no es ajena a la estructura patriarcal donde dicha pasividad es lo esperable, porque no informa sobre las prácticas que realiza en los cuerpos (¿para qué

⁶ Esto es lo que se denomina el «punto para el marido», y resulta una práctica bastante más habitual de lo que cabría suponer, se trata de «un punto de sutura extra que se da durante el proceso de “reparación” de una episiotomía o un desgarro producido en un parto vaginal, supuestamente para estrechar la vagina y así aumentar el placer de una pareja sexual varón» (Murphy, 2018).

hay que informar a un ente pasivo y que no ha de decidir jamás?), porque la evidencia científica más actualizada desaconseja prácticas –como la episiotomía rutinaria– que siguen usándose una y otra vez en protocolos hospitalarios que no se mueven ni un ápice durante décadas. Porque el maltrato y la humillación en los entornos institucionales están tan sumamente normalizados que constituyen el pan de cada día. Porque resulta una poderosa herramienta para lograr la sumisión de un modo a veces tremadamente sutil.

Identificar la violencia invisible (y que por ende está normalizada, como sucede con la violencia obstétrica) no es sencillo, ya que por definición no siempre deja marcas visibles (la humillación, las vejaciones, siguen siendo la parte más común del maltrato hospitalario a las gestantes, lo cual es complejísimo de demostrar), pero además se ejerce bajo el amparo del Estado y las instituciones y por ello está socialmente aceptada. Así, visibilizar este tipo de violencias resulta muy complicado, porque supone toparse con el entramado social, que de base no quiere ver nada de esto, porque no le conviene. En 2014 la OMS publicó una declaración denunciando que el maltrato y la falta de respeto en los partos son constantes, y promoviendo la implantación de controles de calidad en los centros sanitarios, así como animando a las mujeres que hayan sufrido mala praxis a denunciarla. Pero la OMS lleva más de treinta años, en realidad, reclamando cambios en torno al tratamiento de los nacimientos hospitalarios... y los protocolos sanitarios otros tantos ignorándolos.

El patriarcado busca, promueve, las diferencias entre hombres y mujeres, y esto está en la base misma de la estructura de la sociedad, con lo que podremos encontrar estereotipos de género en todos los ámbitos: jurídicos, políticos, institucionales, etc. El control social, la jerarquía, la opresión y la dominación se ejercen de todos los modos habidos y por haber, tanto visibles como invisibles, tanto físicos como psicológicos, tanto sexuales como simbólicos. Desvaloriza e intimida a las mujeres, que se ven relegadas a meros contenedores de bebés, a meros cuerpos, a meros úteros, que pierden su confianza, que se sienten finalmente incapaces de luchar contra una enorme maquinaria que las supera.

2.4.1. Lectura foucaltiana de la violencia obstétrica: el hospital como prisión

Aunque vamos a mencionar a Foucault brevemente, porque su impresionante obra excede el propósito de este trabajo, sí creemos conveniente ofrecer unas breves pinceladas de algunos de sus conceptos que pueden leerse dentro de los mecanismos del control social en general y de la violencia obstétrica y el tratamiento hospitalario en particular.

En el primer volumen de su *Historia de la sexualidad*, Foucault explica cómo en Occidente a finales del siglo XVIII se introdujo un nuevo dispositivo de control que, por medio de una tecnología del sexo, actuara sobre la constitución de los cuerpos como objetos de saber y como elementos en las relaciones de poder. Para ello, distingue entre cuatro conjuntos estratégicos (la histerización del cuerpo de la mujer, la pedagogización del sexo del niño, la socialización de las conductas de reproducción y la psiquiatrización del placer perverso), mediante los cuales se regularía un cuerpo normalizado:

Por mediación de la medicina, la pedagogía y la economía, hizo del sexo no sólo un asunto laico, sino un asunto de Estado; aún más: un asunto en el cual todo el cuerpo social, y casi cada uno de sus individuos, era instado a vigilarse (Foucault, 1977: 141).

Así, Foucault resulta muy interesante en este contexto porque es uno de los mayores responsables del estudio social del cuerpo mediante su análisis del biopoder, de las relaciones entre poder y conocimiento, y de los cambios sociales en cuanto a las políticas sobre los cuerpos. Ha proporcionado «una brillante explicación de cómo lo corporal ha sido procesado social y políticamente en diferentes contextos y, también, sobre cómo esto ha permitido a los sujetos resistir desde sus propios cuerpos» (Esteban, 2013: 24).

En el siglo XIX y sobre todo el XX, cambiaría el panorama, y las cuatro estrategias para dominar y someter el cuerpo de las que hemos hablado pasarían ahora por la vigilancia, los exámenes médicos o la psicología. Se trataría de controlar socialmente los cuerpos mediante la práctica médica o los tests psicológicos. Así, Foucault define los dispositivos de control social como redes compuestas de multiplicidad de elementos, como discursos, leyes, reglamentos, enunciados científicos, proposiciones filosóficas y morales, instituciones o instalaciones arquitectónicas, entre otras. Y aquí entra en juego el concepto de biopoder, que se refiere a la práctica de los estados modernos de

«explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población» (Foucault, 1977: 86). Los dispositivos inscriben en el cuerpo de los sujetos «un conjunto de praxis, saberes, instituciones, cuyo objetivo consiste en administrar, gobernar, orientar, dar un sentido que se supone útil a los comportamientos, gestos y pensamientos de los individuos» (García Fanlo, 2011: 1-2). La medicina dota al individuo de estrictas normas corporales, de un modo de actuar y obedecer, garantizando de ese modo el control social. La disciplina, según Foucault, rechaza todo lo que salga de la norma: «La disciplina es una técnica de ejercicio de poder que no fue totalmente inventada sino elaborada en sus principios fundamentales durante el siglo XVIII» (Foucault 1998: 162). Y además:

Ha habido, en el curso de la edad clásica, todo un descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder. Podrían encontrarse fácilmente signos de esta gran atención dedicada entonces al cuerpo, al cuerpo que se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican (Foucault 1998: 140).

Para Foucault, la medicina no es un campo de conocimiento puro y universal, sino que se encuentra condicionada por el momento histórico, y los sistemas político-económicos en los que se halla inscrita. Si en Occidente la medicina aparece como la profesión portadora de la verdad, sus profesionales serán los emisarios de éstas, y por ello serán los encargados de definir qué es enfermedad y qué es salud, qué es lo normal y qué no. Es decir, **qué individuos son aptos y cuáles no lo son**.

Dentro de este contexto, la biomedicina explicitaría que sólo la asistencia a los partos meramente hospitalaria, instrumentalizada, así como el tratamiento del embarazo y parto como un momento patológico de la sexualidad femenina, sería lícita, y que sólo las parturientas que se sometieran a esa disciplina resultarían, por lo tanto, aptas. El cuerpo es el *locus* a través del cual se ejercen las relaciones de poder: «El cuerpo es aquello que es significado por los discursos biológico, fisiológico, médico y demográfico, es, pues, un concepto, el cual es el efecto del saber/poder» (Foucault, 2003: 121).

Para la investigadora Gabriela Arguedas Ramírez, la violencia obstétrica es «un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder» y está basada en «[...] una forma de poder disciplinario [...] que produce cuerpos

sexuados y dóciles» (Arguedas Ramírez, 2014: 157). Así, el poder obstétrico sería el marco de comprensión de la violencia obstétrica. El biopoder puede controlar aspectos como los hábitos de salud y los parámetros de bienestar de las poblaciones, sus prácticas reproductivas o sexuales, entre otros. En este contexto, los hospitales no serían, por lo tanto, sino «instituciones disciplinarias» para administrar el biopoder (Foucault, 1977).

Podemos encontrar discursos similares respecto a los hospitales en otras fuentes, como en el antropólogo Richard Grossinger (1990: 28), que describe a éstos como una institución que ve a los pacientes en tanto que medios de obtener beneficios, lo mismo que sucede en la cárcel, el colegio, las fábricas o los hoteles.

También, Georgopoulos y Mann (1979: 298) opinan que la estructura autoritaria de un hospital «manifests itself in relatively sharp patterns of superordination-subordination, in expectations of strict discipline and obedience, and in distinct status differences among organizational members⁷».

Por lo tanto, el ejercicio del poder de manos de la medicina hegemónica en las prácticas obstétricas puede definirse como «colonizadora» (Ehrenreich, 1993), en tanto ocupa, define y etiqueta los cuerpos dentro de un paradigma médico patologizador y fuertemente tecnológico. En el apartado 5.4.2. analizaremos con más detenimiento el entorno de los rituales hospitalarios, cómo los hospitales pueden considerarse como catedrales con una liturgia, un lenguaje, unos ritos propios.

En cualquier caso, símbolos aparte, vemos cómo podemos definir el hospital como un lugar destinado a ejercer una coacción, un control, una diferenciación de lo que está bien y lo que está mal, y cómo la biomedicina es la mano ejecutante del biopoder. Dentro específicamente de la práctica obstétrica, mientras ésta se erija como guardiana, reguladora y normalizadora de la medicina femenina, cumplirá con su papel de vigilancia y de sumisión de las mujeres, mediante la puesta en práctica de diversas acciones violentas: desde los exámenes médicos en el embarazo hasta los tactos sin consentir o

⁷ «se manifiesta en patrones relativamente agudos de dominación-subordinación, en expectativas de disciplina y obediencia estrictas, y en diferencias perceptibles de estatus entre miembros organizativos» (*traducción propia*).

las maniobras que, como la de Kristeller (ver punto 5.2.2.6), residen en un vacío legal. Porque el biopoder, en su forma disciplinaria, queda difuminado, se ejerce de manera anónima, difusa, y eso lo normaliza. Y la violencia más peligrosa es precisamente la que está normalizada.

III. PROBLEMÁTICAS HISTÓRICAS Y ACTUALES SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES Y LAS INTERVENCIONES OBSTÉTRICAS

No me hizo efecto la epidural y cuando me rajaron, o sea, no noté cómo me rajaron, noté el dolor de cómo me rajaban, entonces pegué un grito... y me durmieron.

«Kalí», madre de dos hijos

En este tercer capítulo vamos a adentrarnos en la contextualización histórica de la medicalización femenina, de la obstetricia y de la violencia obstétrica. Para ello, procederemos a analizar cómo dentro de Europa la obstetricia pasó de las manos de las comadronas a las manos de los obstetras y cómo los partos pasaron de realizarse en los hogares para llevarse a cabo sistemáticamente en los hospitales. También vamos a realizar un breve recorrido por los feminismos actuales y por el concepto de género y sus limitaciones, para comprender qué supone exactamente el género dentro de la lucha feminista. Después veremos cómo la medicina hegemónica y el género interactúan constantemente, y por ello dista mucho de ser la ciencia objetiva que pretende. Por último, vamos a conocer cuáles son las estrategias actuales del activismo en España en torno a la violencia obstétrica.

3.1. LA MEDICALIZACIÓN DE LA SALUD FEMENINA A LO LARGO DE LA HISTORIA

3.1.1. Los partos hasta el siglo XVI: misterio femenino, curanderas y comadronas

Uno de los saberes femeninos por antonomasia, considerado un misterio para los varones, era tradicionalmente todo lo relativo al embarazo y el parto: los médicos poseían escaso interés en las enfermedades «de mujeres» ni en cómo éstas daban a luz. Por ello, esto quedaba en manos de comadronas expertas que acudían para ayudar a las madres en esos momentos, transmitiendo sus conocimientos a nuevas parteras para que ese saber no se perdiera; al contrario, éste se fue perfeccionando según aprendían más de fisiología femenina. Parece bastante probable que, como veremos en el apartado 4.2, las mujeres siempre fueran ayudadas por otras mujeres en los delicados momentos del parto.

La palabra «comadrona» proviene de «co-madre», en el mismo nivel que la madre, mientras que la palabra «matrona» tiene connotaciones de autoridad, ya que se trataba del ideal de mujer perfecta en la antigua Roma, en tanto que «un modelo de mujer cuyo

comportamiento, en todos los aspectos de la vida, era irreprochable» (Alberola, 2016): durante la época clásica, tanto en Grecia como en Roma, las parteras tenían mucho prestigio social y eran honradas por el pueblo.

Pero en la Europa occidental antes de la Edad Media, las comadronas pertenecían casi todas a un estatus más modesto, salvo las que atendían a la nobleza. Aun así, al igual que sucedía con las curanderas, las adivinas o las herbolarias, transmitían un conocimiento empírico de generación en generación y eran muy apreciadas por las comunidades cuyos problemas cotidianos atendían (García Martínez, 1996).

En cualquier caso, en dicha época tanto las damas de alta alcurnia como las más modestas requerían de la atención de una comadrona, como puede apreciarse en la iconografía medieval, muy rica en escenas de partos. En la España del siglo XV, las parteras ejercían un oficio importante, reconocido por la legislación: en 1434 las Cortes de Zamora, y en 1448 las Ordenanzas de Madrigal, permitieron el ejercicio de la matronería a aquellas que demostraban conocimientos y experiencia probada. Se sabe, por ejemplo, que en 1427 doña María de Castilla, esposa de Alfonso V el Magnánimo, pidió que acudiera una comadrona llamada María Oto (*Ibíd.*, 1996). También se relata que en marzo de 1452 el Rey Juan II hizo traer a la prestigiosa comadrona llamada «la Herradera» para el nacimiento de Fernando II de Aragón, conocido como «el Católico». En 1498 los Reyes Católicos promulgaron una Pragmática sobre el arte u oficio de partear. Pese a este reconocimiento legal y social, era una profesión mal remunerada ya que se las retribuía según la categoría de la parturienta, y la mayoría de la población era pobre.

A pesar de la legalización de la profesión de comadrona, en el siglo XVI varios médicos varones comienzan a interesarse por la obstetricia⁸ y a escribir tratados sobre ésta, en

⁸ Las raíces del rechazo a las mujeres son mucho más antiguas que la propia ciencia médica. Se encuentran en el patriarcado mismo y en la iglesia como principal propagadora de los ideales de rechazo hacia todo lo femenino. Los estereotipos han ido variando de un modo oportunista según les conviniera a los varones dominantes de cada momento: en la Edad Media eran acusadas de brujería y de ejercer un saber empírico, pragmático e inmoral, pero en el siglo XIX se pasó a decir que las mujeres no estaban naturalmente capacitadas para un saber racional, lógico, objetivo y neutral como el médico. Es decir, a partir de entonces, estaban «por naturaleza» capacitadas para ejercer como sanitarias, pero única y

un primer momento destinados a las comadronas, para finalmente decidir que ése no debía ser su cometido, desplazando cada vez más a estas profesionales. A la par se lleva a cabo, en el período de crisis de los siglos XIV al XVII —época de transición del feudalismo al capitalismo—, lo que se denomina la «caza de brujas», origen del control social sobre el cuerpo de las mujeres. Porque la caza de brujas es un eufemismo gigantesco para referirse a la apropiación y privatización de recursos comunes (a lo que las mujeres se opusieron con gran fiereza), por un lado, y a la apropiación de los cuerpos femeninos y de su trabajo, por otro: la primera máquina desarrollada y apropiada por el capitalismo fue el cuerpo humano.

Aunque existen conflictos, tensiones, competencias y desarticulaciones permanentes entre biomedicina (modelo médico hegemónico, en términos de Menéndez, como veremos en el apartado 4.1.2) y medicina «del pueblo», en el inconsciente colectivo aparece esta primera como la que se impuso por superioridad técnica y científica. La antropóloga Sherry Ortner (1974) explica que la destrucción de lo femenino (es decir, según explica, el paso de ser consideradas diosas a seres inferiores por el patriarcado) es porque los hombres se asocian a la cultura y las mujeres a la naturaleza, y además según ella todos los seres humanos quieren dominar la naturaleza⁹.

Cuando los varones médicos desplazaron a las mujeres (curanderas, brujas, sanadoras, etc.) de la medicina en general y de la obstetricia en particular, podría parecer que esto se realizó en aras de una práctica más científica y objetiva, cuando nada más lejos. Porque las curanderas habían acumulado años de práctica empírica que los médicos despreciaban. El monopolio político y económico de la medicina no fue más que una imposición de la clase dominante, puesto que únicamente los varones de las clases sociales altas podían dedicarse al estudio de la medicina, hecho que duraba entre algunos meses y dos años y cuyos estudios jamás se completaban con una praxis como tal, siendo todo absolutamente teórico. La medicina y la cirugía resultaban cosas muy

exclusivamente como enfermeras, esto es, sólo valían en tanto que «cuidadoras», y siempre al servicio de los médicos. Sólo podían, por lo tanto, acceder a profesiones sanitarias cuando ejercieran bajo las órdenes de los varones.

⁹ No olvidemos, de todas formas, que la dualidad naturaleza/cultura es una construcción occidental que no se registra en otras sociedades y culturas, tal como lo demuestran Descola y Pálsson (2001: 11). Ver nota 38 para más aclaraciones sobre Ortner.

diferentes; de hecho, la cirugía muchas veces la ejercía el barbero del pueblo. Separar a las mujeres de la práctica de la medicina fue una maniobra política por cuestiones de género y clase: la mayoría de las curanderas eran mujeres humildes que habían aprendido todo empíricamente, como ya hemos visto.

La represión de las sanadoras marca una de las primeras etapas en la lucha de los hombres para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina: la caza de brujas ahondó las divisiones entre mujeres y hombres, fue una iniciativa política de gran importancia, un ataque a la resistencia que las mujeres opusieron a la difusión de las relaciones capitalistas y al poder que habían obtenido en virtud de su sexualidad, su control sobre la reproducción y su capacidad de curar. Porque éstas planteaban un desafío absoluto a las estructuras ocultas de poder, de dominación y explotación. En efecto, más del 80 % de las personas juzgadas y ejecutadas en Europa en los siglos XVI y XVII por el crimen de brujería fueron mujeres (Fajardo, 1977: 60). En menos de dos siglos cientos de miles de mujeres fueron quemadas, colgadas y torturadas (y las campañas de caza de brujas estaban organizadas y costeadas por la Iglesia y el Estado, no se trataba de linchamientos populares sino de leyes, siempre al servicio de la clase dominante).

Y es que «las brujas» representaban una amenaza política, religiosa y sexual. Política porque eran acusadas de actuar en «sociedades secretas» (en realidad, las mujeres campesinas encabezaron un gran número de revueltas sociales). Religiosa porque no aceptaban someterse a una supuesta ciencia teórica que, con el visto bueno de Dios, las excluía sistemáticamente (las curanderas aparecerían como una interferencia perversa contra la voluntad divina, porque sólo los curas y médicos podían actuar con el beneplácito de Dios, aunque en la mayoría de los pueblos sólo las curanderas ofrecían asistencia médica real). Y sexual porque eran mujeres que no se avergonzaban de serlo. Y éste es el punto más importante: todo el poder de las supuestas brujas radicaba, en realidad, en su sexualidad. El odio y el miedo hacia las mujeres resultaban tan enormes que los sacerdotes podían incluso proyectar en ellas su propia lujuria insatisfecha. Su delito consistía únicamente en ser mujeres y en ayudar a mujeres. Es decir, no es que fueran incompetentes, es que, sencillamente, eran mujeres.

Silvia Federici (2010) habla de esta devaluación de la posición social de las mujeres con el advenimiento del capitalismo: en *Calibán y la bruja* expone como tesis principal la relación entre la caza de brujas y el desarrollo contemporáneo de una nueva división sexual del trabajo que confinaba a las mujeres al trabajo reproductivo; la caza de brujas no fue sino el eje central de la acumulación y la formación del proletariado moderno.

Dirá que:

Existe un acuerdo generalizado sobre el hecho de que la caza de brujas trató de destruir el control que las mujeres habían ejercido sobre su función reproductiva y que sirvió para allanar el camino al desarrollo de un régimen patriarcal más opresivo (Federici, 2010: 26).

La caza de brujas fue también instrumental a la construcción de un orden patriarcal en el que los cuerpos de las mujeres, su trabajo, sus poderes sexuales y reproductivos fueron colocados bajo el control del Estado y transformados en recursos económicos (*Ibid.*, 233).

Casi todas las acusaciones contra las brujas se centraban en su supuesta perversión sexual, en prácticas de infanticidio (anticoncepción), criminalizándose cualquier actividad sexual que amenazara la procreación, puesto que el útero era visto como una máquina de reproducción del trabajo. Muchas de las supuestas brujas eran comadronas, depositarias tradicionales del saber y control reproductivo de las mujeres, y hubo una fuerte asociación entre magia - brujería y asistencia al parto y a la embarazada. La Inquisición llegó a distinguir entre «brujas blancas», comadronas sabias que practicaban sin maldad, y «brujas negras» o comadronas malvadas, que practicaban el mal.

La mentalidad de los autores de aquel entonces —en su totalidad hombres— estaba guiada por el *Malleus Maleficarum*: la mujer era la bruja, la hechicera, la influenciada por el diablo, con quien ella establecía pactos. En esta perspectiva, hasta el conocimiento de las hierbas era diabólico (Chávez Hualpa, 1997: 97).

El *Malleus*, manual de cabecera que usaban los inquisidores, dedicó un capítulo entero a las parteras («De qué forma las parteras que son brujas infringen los mayores males a los niños, matándolos u ofrendándolos a los demonios»), en el que se las calificaba como el peor tipo de mujeres, ya que ayudaban a las madres a destruir el fruto de su vientre, una conjura facilitada, acusaban, por la exclusión de los hombres (evidentemente, esta exclusión no les gustaba nada, acostumbrados a dominar todas las facetas de la vida) de las habitaciones donde las mujeres parían. Al ver que en todas las cabañas se le daba

pensión a alguna partera, los autores recomendaron que no se le permitiera practicar este arte a ninguna mujer, a menos que antes demostrara que había sido una «buena católica», esto es, que formara parte de las «comadronas sabias y buenas». Esta recomendación fue escuchada (Federici, 2010: 251).

.... Because the Medieval Church, with the support of kings, princes and secular authorities, controlled medical education and practice, the Inquisition [witch-hunts] constitutes, among other things, an early instance of the «professional» repudiating the skills and interfering with the rights of the «nonprofessional» to minister to the poor (Szasz, 1970: 91)¹⁰.

De este modo, los partos pasaron de las manos de las comadronas —actividad que hasta entonces había sido su misterio inviolable— a las manos de los obstetras. A finales del siglo XVI eran pocas las mujeres a las que se les permitía practicar la obstetricia:

Las mujeres, con la excusa de la maternidad, establecían redes femeninas de ayuda y solidaridad con las que cubrían un buen número de carencias higiénicas, sanitarias, médicas y personales. Desgraciadamente, en varias ocasiones chocaron con el poder establecido hasta el punto de que, a excepción de casos contados (Louise Bourgeois, Madame de Condray, Jane Sharp), que incluso dejaron constancia escrita de su saber, a partir del siglo XVII van siendo sustituidas por los varones médicos y el instrumental quirúrgico de corte científico, quedando así relegadas hasta que la matrona vuelve a entrar en la historia de la mano de la ciencia (Moncó, 2009: 363).

Un número creciente de jóvenes acomodados empezó a seguir estudios médicos, siempre dentro de los límites que fijaba la iglesia católica. Pero paradójicamente, la formación médica resultaba absolutamente escasa, se basaba en métodos como las sangrías constantes o los laxantes, así como en supersticiones y magia, al contrario que el saber empírico de las supuestas «brujas», que era transmitido de generación en generación y se iba perfeccionando cada vez más. Por ejemplo, el médico del rey Eduardo II de Inglaterra, licenciado en medicina por la Universidad de Oxford, recomendaba tratar el dolor de muelas escribiendo sobre la mandíbula del paciente las palabras «En nombre del padre, del hijo y del espíritu santo, amén» (Ehrenreich y English, 1973: 52). Paracelso, considerado el padre de la medicina moderna, escribió en

¹⁰ «Porque la iglesia medieval, con el apoyo de reyes, príncipes y autoridades seglares, controló la educación y la práctica médicas, la Inquisición (cazadores de brujas) constituye, entre otras cosas, una instancia temprana de los “profesionales” repudiando las habilidades e interfiriendo con los derechos de los “no profesionales” a atender a los pobres» (*traducción propia*).

1527 que todo lo que sabía lo había aprendido de una bruja (*Ibid.*, 1973: 53). Oliver Wendell Holmes, médico ilustre, consideraba que si se hubieran arrojado al mar todos los supuestos remedios usados por los médicos, la humanidad habría salido ganando, a pesar del perjuicio para los peces (Holmes, 1892: 203).

Persiguiendo a las curanderas y a las comadronas se les expropió de un patrimonio de saber empírico (uso de las plantas medicinales y fisiología del parto) que habían aprendido y transmitido de generación en generación. Esta gran pérdida allanó el camino al ascenso de la medicina profesional que, a pesar de sus pretensiones curativas, erigió una muralla de conocimiento científico indisputable, inasequible y extraño para las «clases bajas» en general y para las mujeres en particular. De nuevo, en palabras de Federici (2010: 137):

La sospecha que recayó también sobre las parteras en este periodo —y que condujo a la entrada del doctor masculino en la sala de partos— proviene más de los miedos de las autoridades al infanticidio que de cualquier otra preocupación por la supuesta incompetencia médica de las mismas. Con la marginación de la partera, comenzó un proceso por el cual las mujeres perdieron el control que habían ejercido sobre la procreación, reducidas a un papel pasivo en el parto, mientras que los médicos hombres comenzaron a ser considerados como los verdaderos «dadores de vida» (como en los sueños alquimistas de los magos renacentistas). Con este cambio empezó también el predominio de una nueva práctica médica que, en caso de emergencia, priorizaba la vida del feto sobre la de la madre. Esto contrastaba con el proceso de nacimiento que las mujeres habían controlado por costumbre. Y efectivamente, para que esto ocurriera, la comunidad de mujeres que se reunía alrededor de la cama de la futura madre tuvo que ser expulsada de la sala de partos, al tiempo que las parteras eran puestas bajo vigilancia del doctor o eran reclutadas para vigilar a otras mujeres.

La caza de brujas constituyó, por lo tanto, una auténtica guerra contra las mujeres, un intento coordinado de degradarlas, demonizarlas y destruir su poder social. Terminó a finales del siglo XVII, cuando la clase dominante contó por fin con una asentada y creciente sensación de seguridad en relación con su poder: « Il n'y a plus besoin de les brûler quand on s'est assuré le contrôle de leurs savoirs et pouvoirs¹¹ » (Girard, 2010: 11). Para entonces, las mujeres ya habían sido irremisiblemente desterradas de sus

¹¹ «Ya no es necesario quemarlas cuando nos hemos asegurado el control de sus saberes y poderes» (*traducción propia*).

propios cuerpos. La supremacía de las comadronas en la asistencia obstétrica se desmoronó totalmente, quedando relegada a las poblaciones rurales y pobres. Las competencias de las parteras se vieron relegadas en favor de los cirujanos varones, agudizándose la distinción profesional por razones de género.



Figura 3.1. Una supuesta bruja quemada en la hoguera.

3.1.2. A partir del siglo XVII: el advenimiento de los cirujanos obstetras. Historia de los hospitales

A principios del siglo XVII, como hemos visto, comenzaron a aparecer los primeros hombres parteros y, en cuestión de un siglo, la obstetricia había caído casi completamente bajo control estatal:

El continuo proceso de sustitución de las mujeres por hombres en la profesión es un ejemplo del modo en que ellas fueron excluidas de todas las ramas de trabajo profesional, al negárseles la oportunidad de obtener un entrenamiento profesional adecuado (Clark, 1968: 265).

Además, quienes ejercían una medicina diferente a la oficial comenzaron a ser duramente penalizados. La biomedicina ya estaba fuertemente establecida en tanto que ciencia hecha por varones y para ser ejercida sólo por varones. Las mujeres quedaban pues fuera de esta profesión; de hecho, la medicina hegemónica estudiaba los cuerpos

femeninos en tanto que versión degradada de los masculinos. Eran acusadas de usar métodos poco ortodoxos, dada su escasa cualificación (el saber se transmitía de manera oral y su formación era empírica, como hemos visto), cuando no directamente de brujas. Por lo tanto, al separar, de un lado, la medicina hegemónica (la «científica») y, de otro, la medicina empírica (la «tradicional»), siendo esta última la practicada por las matronas, quedaba claro que la masculinidad iba a alzarse victoriosa también en este ámbito: sólo lo científico, la biomedicina, sabía cómo traer niños al mundo. Se realizó, así, un auténtico epistemocidio en el saber obstétrico, empírico, de las matronas.

La medicina, e la scienza, che si danno come orientamento epistemologico l'oggettività e l'universalità, si nutrono anch'esse di rappresentazioni e stereotipi, presenti e condizionati dalla società. Per questo motivo, i saperi e le pratiche delle donne intorno al parto, nonostante partecipino alla dinamica della storia, sono esclusi e relegati al rango di saperi pratici, pragmatici, superstiziosi e magici. Diventando così sinonimo di un sapere popolare, da cui la medicina e la scienza devono emanciparsi (Arena, 2014: 77)¹².

En el siglo XVIII, la reproducción de las mujeres se convirtió en obligatoria y el crecimiento poblacional pasó a ser asunto de Estado. De hecho, en los códigos penales europeos se castigaba duramente a las mujeres culpables de supuestos crímenes reproductivos, con pena de muerte por el uso de anticonceptivos. Desposeyendo a las mujeres de sus propios cuerpos y del saber sobre los mismos, quedaron confinadas a una tarea meramente reproductiva, siempre bajo la mirada escrutadora del hombre obstetra. La vida infantil se había revalorizado desde el siglo XVIII en relación al interés de los Estados por aumentar su número de habitantes y, un siglo más tarde, ya en el contexto de la industrialización, por incrementar la mano de obra disponible (García Galán, 2014: 114): éste fue también uno de los motivos por los que los cirujanos obstetras se inmiscuyeron por sistema en el desarrollo de los partos, primero de la nobleza (siglo XVIII), después de la burguesía (siglo XIX), más adelante (siglo XX) del resto de la población (en casos complicados), y finalmente en prácticamente todos los partos.

¹² «La medicina, y la ciencia, que se dan como orientación epistemológica la objetividad y la universalidad, también se nutren de representaciones y estereotipos, presentes y condicionados por la sociedad. Por este motivo, los saberes y las prácticas de las mujeres respecto al parto, a pesar de su participación en la dinámica de la historia, fueron excluidos y relegados al rango de saberes prácticos, pragmáticos, supersticiosos y mágicos, convirtiéndose así en sinónimos de un saber popular, del cual la medicina y la ciencia tenían que emanciparse» (*traducción propia*).

Los cuerpos femeninos quedaron así convertidos en meros instrumentos para la reproducción del trabajo, en máquinas naturales de crianza, que a partir de entonces funcionarían según unos ritmos fuera del control de las mujeres. Sus cuerpos ya no les pertenecían.

Si en la Edad Media las mujeres habían podido usar distintos métodos anticonceptivos y habían ejercido un control indiscutible sobre el proceso del parto, a partir de ahora sus úteros se transformaron en territorio político, controlados por los hombres y el Estado: la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista (Federici, 2010: 139).

En 1513 se publica la obra *El jardín rosa* de Eucharius Rösslin, que se convirtió rápidamente en el tratado estándar de obstetricia. A partir de entonces comienzan a surgir obras similares de autores masculinos que se erigen como máxima autoridad en la materia. Las diferencias entre los tratados escritos por varones y los escasos que las mujeres pudieron escribir (como *Observaciones diversas sobre la esterilidad, el aborto, la fertilidad, el parto y enfermedades de la mujer y los recién nacidos*, escrito por la matrona Louise Bourgeois, en 1609) son notables: los primeros sólo exponen clichés sobre el quehacer de las parteras. En contraste, las segundas combinan tradición e innovación, realizando además un alegato de su profesión (García Galán, 2014: 40).

Los médicos se apropiaron –reforzados por la aureola de su saber experto y de la autoridad médica– del parto, que durante mucho tiempo había sido un asunto de mujeres. Marginaron a las matronas que reivindicaban en aquel momento un reconocimiento del estatus de su profesión (García Galán, 2014: 13).

Algunos médicos fueron críticos con esta situación, como Philippe Hecquet, doctor y rector de la Facultad de Medicina de la Universidad de París (la Sorbona), pero constituyeron la excepción y no la norma:

Le métier d'Accoucheur n'appartient donc pas aux hommes: ce n'est en eux qu'une usurpation, ou une entreprise téméraire fondée sur la timidité des femmes, qui ont cru par cette indigne soumission assurer leurs vies, et sur la crédulité des maris, qui par cette dangereuse complaisance ont cru plus sûrement conserver leurs femmes. Mais on verra dans la suite que c'est abuser de la confiance des uns et des autres, en montrant que le secours d'un Accoucheur est rarement nécessaire, que cette profession est intruse dans le monde, sans titre, et de nouvelle invention, dont on s'est toujours aisément passé et dont on peut sûrement se passer encore (Hecquet, 1708: 9-10)¹³.

¹³ «La profesión de [médico] partero no pertenece por lo tanto a los hombres: en ellos no es sino una usurpación, o una empresa temeraria fundamentada en la timidez de las mujeres, que han creído que con esa indigna sumisión se asegurarían sus vidas, y en la credulidad de sus maridos, que con esta complicidad

Los varones se aprovecharon de los saberes que las matronas traían consigo, acercándose de este modo a un terreno que hasta entonces les resultaba ajeno. Una vez que hubieron completado su formación mediante la institucionalización en universidades de los estudios de obstetricia relegaron a las matronas a posiciones totalmente subalternas, en el mejor de los casos.

El establecimiento de la Ilustración trajo consigo la expansión del sistema universitario y la medicina como la ciencia autorizada de la salud, que junto con el incremento del control gubernamental a través de las licencias, obstaculizó el reconocimiento profesional de las matronas (Bellón Sánchez, 2015: 104).

En 1738 el médico de la reina de Francia introdujo por primera vez la práctica de parir tumbada, porque el Rey Sol quería ver nacer a su hijo cómodamente sentado en una butaca. Diez años después, el Dr. William Cadogan (Panuthos, 1987: 12) escribía:

Con gran placer veo que el fin de la preservación de los niños se ha convertido en responsabilidad de los hombres. Este oficio se ha dejado demasiado tiempo en manos de la mujer, de quien no pueden esperarse conocimientos adecuados para esta labor.

Desde el siglo XVIII, los partos pasaron definitivamente a manos masculinas en Occidente. Rich (1978) explica cómo aumentó en dicha época la mortalidad de madres y recién nacidos a raíz de la medicalización de los nacimientos, pues los médicos de la época desconocían las técnicas de esterilización e higiene básicas y sus instrumentos transmitían los gérmenes de una parturienta a otra. A partir del siglo XX, curiosamente, se agradeció a la medicina el descenso de la mortalidad materno-infantil, cuando fue realmente un problema autoprovocado. Pero sirvió sin ninguna duda de mecanismo para justificar su intervención imprescindible en los partos.

Por lo tanto, excepciones aparte, las mujeres fueron puestas al servicio de los varones en todos los ámbitos, partos incluidos, y éstos les fueron arrebatados.

3.1.3. Siglos XIX-XX: traslado de los partos... de casa al hospital

A finales del siglo XVIII los hospitales europeos comenzaron a establecer departamentos de obstetricia por lo que las familias más pudientes dejaron en manos de cirujanos hombres la asistencia al parto. La medicina ya estaba completamente asentada como

peligrosa han creído con más seguridad que conservarían a sus mujeres. Pero veremos ahora cómo esto no es más que un abuso de confianza de los unos y los otros, mostrando cómo el auxilio de un partero rara vez es necesaria, que dicha profesión es intrusa en el mundo, sin titulación, y de reciente invención, de la cual siempre hemos prescindido con facilidad y de la que podremos seguramente seguir prescindiendo» (*traducción propia*).

ciencia «seria», «objetiva», y los partos en casa se consideraban casi primitivos y propios de las clases más bajas.

El parto dejó de ser una experiencia íntima para transformarse en un acto médico en el que el cuerpo de la mujer es visto como una máquina, siempre potencialmente defectuosa, que la medicina puede manipular o arreglar para que pueda parir. De esta manera se fomenta la idea de que se requieren médicos especialistas para salvar a las mujeres y a sus bebés de peligro, administrándoles fármacos y realizándoles intervenciones de forma rutinaria (Lemay, 2010).

En el siglo XIX, los hospitales eran un fiel reflejo de la posición de la mujer en la sociedad.

Dès le XVIIIe siècle, les femmes des milieux favorisés choisissent majoritairement un chirurgien-accoucheur pour les assister, alors que les catégories populaires restent plus volontiers fidèles aux matrones et aux sages-femmes et ce jusqu'au XXe siècle, même si des exceptions existent (Berthiaud, 2014: 94)¹⁴.

Encontramos aquí también el binomio biomedicina-medicina popular, estando esta última siempre, lógicamente, ligada a las poblaciones más desfavorecidas. A finales del siglo XIX se puso de moda que las mujeres de clase alta acudieran a consultas médicas para cuestiones ginecológicas, algo impensable en las mujeres de clase más baja, que lo veían como algo indecente.

Bien avanzado el siglo XIX, la medicalización «remitió a la parturienta a la cama, de forma obediente, en posición de cúbito dorsal» (Nascimento Carneiro, 2005: 73). El siglo XIX es un momento clave en el desarrollo de la biomedicina ya que la revolución industrial modificó sustancialmente la tecnología y los aspectos sociales y económicos, lo que fue de la mano de un progreso enorme de la medicina que se transformó en aparato ideológico del Estado.

A principios del siglo XX, los obstetras eran respetados, valorados, y las mujeres eran excluidas de la profesionalidad, más que como enfermeras a la orden de los varones. La medicalización del nacimiento ya era oficial.

In the early twentieth century, as the medical profession became more rigorously licensed and depended on an extensive education, women were excluded from such training. Childbirth became less the sphere of midwives and more the arena of professional male doctors. This process, sometimes called the medicalization of childbirth, involved the introduction of anesthetics to reduce

¹⁴ «Desde el siglo XVIII, las mujeres de los medios más favorecidos eligieron en su mayoría a un cirujano-partero para asistirlas, mientras que las categorías populares siguieron de buen grado fieles a las matronas y parteras, y así fue hasta el siglo XX, aunque haya excepciones a esto» (*traducción propia*).

the pain of labor, which, also, as the woman lost consciousness, placed labor further under the control of medical authority (Wertz y Wertz, 1990: 150)¹⁵.

Para los partos del siglo XX se usaban instrumentos como el fórceps, pero éstos no eran desinfectados después de cada uso con lo que la mortalidad materna comenzó a incrementarse de un modo alarmante:

En EEUU, ante la persistencia de cifras de hasta 800 y más muertes maternas por 100.000 partos, Joseph B DeLee decidió introducir el parto activo. Es decir, un parto considerado siempre como peligroso, no fisiológico, una situación patológica que requería de la prevención, de la intervención que evitara las complicaciones. Proponía, pues, en todos los partos, la anestesia, el uso del fórceps, la episiotomía y la extracción manual precoz de la placenta. Por supuesto, proponía el ingreso de la «paciente» en el hospital y la atención por el ginecólogo-obstetra. No es de extrañar que Joseph B DeLee sea considerado el «padre de la obstetricia moderna». Podríamos decir que moderna sí, pero mortal también, pues la aplicación de tales recomendaciones provocó una epidemia de mortalidad materna, especialmente entre las mujeres de clase alta que se podían permitir el parto «sin dolor» y atendido por el especialista (Gérvás, 2014).

De hecho, Joseph DeLee, «el padre de la obstetricia moderna», personifica a la perfección ese espíritu del triunfo de lo «científico», que se tradujo en lo patológico, en las intervenciones obstétricas en aras de la pasividad absoluta de las mujeres, a principios del siglo XX. Así,

L' «opération prophylactique aux forceps» de Joseph DeLee ne se limitait pas à l'épisiotomie, puisque celle-ci n'en était que l'un des mouvements. Dans l'éditorial du tout premier numéro de l'*American Journal of Obstetrics and Gynecology* (1920), Joseph DeLee, défendant d'abord sa position quant à la nature intrinsèquement pathogène de l'accouchement, exposa rigoureusement les étapes de sa méthode : administration de morphine et de scopolamine puis d'éther pour endormir la mère, ensuite épisiotomie, extraction du bébé par forceps en conjonction avec une manœuvre d'expression abdominale (pousser sur le ventre), suture de l'incision, réadministration de morphine et scopolamine «afin de prolonger la narcose plusieurs heures postpartum et éliminer le plus possible le souvenir du travail» (St.Amant, 2013: 123-124)¹⁶.

¹⁵ «A principios del siglo XX, según la profesión médica se convirtió en algo más rigurosamente autorizado y dependiente de una educación exhaustiva, las mujeres fueron excluidas de dicha formación. Los partos pasaron de la esfera de las comadronas al área de profesionales doctores de sexo varón. Este proceso, con frecuencia denominado medicalización del parto, supuso la introducción de la anestesia para reducir el dolor del parto, que, igualmente, según la mujer perdía conciencia sobre el mismo, situó el parto bajo el control de la autoridad médica» (*traducción propia*).

¹⁶ «La “operación profiláctica de los fórceps” de Joseph DeLee no se limitaba a la episiotomía, puesto que ésta no era más que uno de los movimientos. En el editorial del primer número del *American Journal of Obsretics and Gynecology* (1920), Joseph DeLee, defendiendo primero su posición respecto a la naturaleza intrínsecamente patógena del parto, expuso rigurosamente las etapas de su método:

En los hospitales, los cuerpos de las mujeres —que, no lo olvidemos, ya no les pertenecían— se convirtieron en auténticos campos de experimentación, en los que los primeros obstetras se dedicaron a realizar todo tipo de operaciones tan absurdas como inútiles: cesáreas vaginales, dilatación manual e instrumental, dilatación artificial del cuello del útero con incisiones profundas, sección de la sínfisis pública, cesáreas (con mortalidad de casi el 100 %), extracción del feto de nalgas con ganchos o con asas, etc. Además, tras realizar autopsias a madres muertas por fiebre puerperal, atendían a nuevas parturientas sin lavarse las manos entre medias. El doctor Oliver Wendell Holmes (Usandizaga, 1981) intentó iniciar una campaña para concienciar a los obstetras de la importancia de las medidas higiénicas, pero esto sólo ocasionó una polémica que duró décadas y que colocó al doctor Holmes a la más absoluta marginalidad, puesto que el ego de los médicos no estaba dispuesto a aguantar que se les acusara de ser ellos la principal causa de las muertes de tantas madres.

Afortunadamente, entre 1930 y 1950, las medidas higiénicas comenzaron a mejorar (los hospitales, por ejemplo, empezaron a disponer de agua corriente, cosa que antes sólo sucedía en unos pocos centros), y esto, unido a otros adelantos como las transfusiones de sangre, el uso de antibióticos, o una disminución del número de hijos por pareja, consiguió que por fin la mortalidad en los partos hospitalarios no fuera tan alta. Tras la segunda guerra mundial, los partos en Europa fueron trasladados definitivamente a los hospitales. Pero eran partos muy patologizados, donde se usaba una gran cantidad de instrumental, y además hasta los años 60 se popularizó una práctica denominada «sueño crepuscular» (Harper, 1996: 26), que consistía en administrar escopolamina (es decir, burundanga, ver nota 16) a las madres para que no tuvieran ningún recuerdo del parto: el problema es que no resultaba del todo indoloro, ralentizaba las contracciones y aumentaba las hemorragias, aparte de producir terribles regresiones un tiempo después. Una parturienta bajo la escopolamina «a veces requería que se la atara o

administración de morfina y escopolamina [burundanga] más éter para dormir a la madre, después episiotomía, extracción del bebé mediante fórceps en conjunción con una maniobra de fuerza abdominal (apretar sobre el vientre), sutura de la incisión, readministración de morfina y escopolamina "para prologar la narcosis varias horas tras el parto y eliminar lo máximo posible el recuerdo del trabajo"» (*traducción propia*).

sujetara con correas a la cama durante horas debido a los efectos colaterales de la droga» (*Ibíd.*), víctima de auténticos síntomas psicóticos.

Si analizamos concretamente el caso de España, la época franquista influyó notablemente en la maternidad y el control de la fertilidad. El proyecto nacionalista instaba a las mujeres a ser madres y de ese modo a aumentar la población, por lo que las autoridades políticas, médicas y religiosas se unieron en la misión de reducir las cifras de mortalidad y morbilidad infantil. Así que, entre otras medidas, se implantó una férrea vigilancia de los cuerpos de las mujeres para, en primer lugar, que la natalidad aumentara, y en segundo lugar, que no se pusieran medios anticonceptivos ni abortivos para limitar ni impedir dicha maternidad. De ese modo la reproducción se vestía de patriotismo: las madres de muchos vástagos eran buenas españolas porque cumplían con sus deberes sociales. La utilidad social de las mujeres quedaba, pues, relegada a la maternidad: «la verdadera misión de la mujer es ser madre prolífica y toda su educación debe ir dirigida a la formación de su espíritu maternal y al desarrollo físico de su fecundidad» (Villar Salinas, 1942: 106). Así, la época franquista fue un caldo de cultivo para el pensamiento androcéntrico porque se basaba precisamente en una fuerte moralidad patriarcal, como puede verse igualmente en el manual universitario de ginecología de la época, de José Botella Llusía y José A. Clavero (1945), en el cual las mujeres quedan totalmente reducidas a sus funciones de madres y esposas.

Aun así, el traslado de los partos de los domicilios a los hospitales tardaría varias décadas, sobre todo en las zonas rurales, a pesar de la extensión de los seguros sociales (García Fernández, 2014). En dichas zonas, aunque las matronas gozaban de cierta independencia, se vieron cada vez más sometidas a la autoridad de los médicos. La literatura de la época destinada a dar consejos a las embarazadas las trataba de un modo paternalista, culpándolas cuando los partos resultaban problemáticos, e instándolas a ser educadas y puntuales en sus citas médicas (Cardús, 1947: 15), como si fueran niñas pequeñas. Además, la concepción de las mujeres en el trabajo de parto era totalmente pasivo: por ejemplo, según el doctor Pedro Calvo, obstetra que escribió un libro de divulgación sobre los partos dirigido a las mujeres en 1919, las contracciones resultaban totalmente independientes de la voluntad de la parturienta, pues respondían a actos de

la naturaleza, por lo que el papel de la madre en el parto dejaba de tener relevancia, al ser ésta disociada de su cuerpo, que era el que tomaba las riendas. De esta concepción del parto se deriva un cambio en el modo de dar a luz: las mujeres veían anulada su voluntad, debían dejarse guiar en un proceso que no les pertenecía y del cual sólo resultaban máquinas de parir (Calvo, 1919).

Los médicos se sentían molestos con las mujeres empoderadas que veían el parto como un acto fisiológico y natural, y que se negaban a «dejarse hacer», sin más:

[La mujer andaluza de clase obrera], con su especial idiosincrasia, su conocida indolencia, su tradicional fanatismo, heredados de los árabes; acostumbra a acoger el embarazo como un acontecimiento natural e intrascendente al que no hay que prestar mayor atención y es difícil hacerle comprender por qué ha de reconocerla el médico cuando no siente más que las molestias naturales del estado (Oliva, 1941: 17).

Y como las mujeres españolas tampoco eran dueñas ya de sus cuerpos, y como comenzaron a temerlos por no comprender qué les sucedía –porque se les impedía percibir el parto como acto fisiológico en las que ellas eran las protagonistas–, entonces empezaron a experimentar pánico al dolor del momento. Dolores terribles, por estar inmovilizadas, en una situación vulnerable y a merced de un médico autoritario que se ocupaba de ella como si fuera una niña pariendo a otro. De ese modo, se comenzó a hacer especial hincapié en el control del dolor, para que las mujeres dejaran de sentir y la entrega al profesional de la medicina resultara completa, amén de que de ese modo no controlarían su fertilidad por miedo al dolor del parto. Por lo tanto, se comenzó a recurrir a la analgesia como una práctica habitual en el ámbito hospitalario para que las mujeres se dejaran hacer, se mostraran finalmente dóciles, sumisas y obedientes. Habían perdido la batalla, así que al menos que fuera sin dolor.

3.2. GÉNEROS Y SEXUALIDADES

3.2.1. Feminismos y limitaciones en el concepto de género

El feminismo es el movimiento social más importante del siglo XX y supone una «pragmática de la razón» (Amorós, 1990); es tanto una teoría (epistemología crítica)

como una práctica. El feminismo es una ética pues quiere conseguir un estatuto de dignidad y autonomía para la mitad de la humanidad. Así, Code (2000: xix) lo define como un...

...theoretical project committed to producing critical-constructive analyses of systemic power structures, theoretical presuppositions, social practices, and institutions that oppress and marginalize women, and to effecting social transformation¹⁷.

El concepto básico de todo feminismo es la igualdad: si los hombres y las mujeres tienen las mismas capacidades esenciales, deberían por lo tanto tener las mismas oportunidades.

Actualmente, quizás resulte más correcto hablar de «feminismos» en plural, puesto que el movimiento feminista ha experimentado una evolución tal que ha terminado escindiéndose en diversas corrientes, dentro de las cuales cabría destacar las siguientes:

- **Feminismo de la igualdad.** Surgido en la Ilustración, articula como idea de fondo que el género no es sino una construcción social y cultural y que por ello mujeres y hombres son en realidad iguales.
- **Feminismo de la diferencia.** Las mujeres tendrían una mirada sobre el mundo diferente a la de los hombres, así que se trataría de fomentar el uso de dicha perspectiva femenina con empoderamiento y orgullo.
- **Feminismo radical.** Según éste, las raíces de la desigualdad estarían en el patriarcado mismo, así que sólo mediante la eliminación del patriarcado podría conseguirse la igualdad.
- **Ecofeminismo.** El patriarcado siempre ha equiparado a las mujeres y la naturaleza, así que el ecofeminismo identifica al patriarcado como enemigo común, porque explota tanto a la Tierra como a las mujeres, por lo que propone alianzas con los movimientos ecologistas para conseguir objetivos comunes.
- **Feminismo socialista.** Se trataría de abolir el capitalismo y de implantar el socialismo para conseguir una sociedad igualitaria y justa.

¹⁷ «... proyecto teórico encargado de producir análisis crítico-constructivos de estructuras de poder sistémicas, supuestos teóricos, prácticas sociales e instituciones que oprimen y marginan a las mujeres, y de efectuar una transformación social» (*traducción propia*).

- **Anarcofeminismo.** Hay que eliminar tanto el Estado como el patriarcado, porque ambos están íntimamente vinculados, y oprimen las libertades individuales.
- **Feminismo liberal.** Las mujeres deberían ser capaces de lograr la igualdad mediante sus propias acciones, así que se centra principalmente en la reforma política y legal dentro de las corrientes político-económicas del liberalismo.
- **Lesbofeminismo.** La heterosexualidad no sería una opción sexual sino un régimen político: el heteropatriarcado. Así, el patriarcado se apoyaría en la heterosexualidad obligatoria para continuar explotando a las mujeres.
- **Feminismo queer y transfeminismo.** No sólo el género es un constructo social, el sexo también lo es, el empoderamiento debería ser para todas las personas que sienten que el patriarcado las opprime, incluyendo a quienes experimentan su género de forma diferente a la tradicional y que por ello se pueden sentir discriminadas: transexuales, personas con género fluido, etc.
- **Feminismos decoloniales, latinoamericanos, etc.** Formas de feminismo que critican la apropiación de la lucha feminista por parte de mujeres occidentales. Se trataría de analizar cómo el racismo y los efectos culturales propios del colonialismo afectan a las mujeres en las sociedades postcoloniales.
- **Feminismo negro.** La interseccionalidad¹⁸ uniría el sexism, la opresión de clases y el racismo; éstos se encuentran estrechamente unidos, y son tres de los elementos principales contra los que luchan las feministas negras.
- **Feminismo islámico.** Se buscaría, dentro de un contexto islámico, la igualdad de todos los musulmanes, sin importar el sexo o género, en la esfera pública y en la privada.

Por lo tanto, vemos cómo, a pesar de que existen muchos tipos de feminismo, dentro de éstos uno de los conceptos clave sigue siendo el de «género», así como el salto entre sexo y género. Dice G. Rubin (1986) que el sistema sexo/género ha de entenderse como

¹⁸ La interseccionalidad es un concepto introducido por Kimberlé Crenshaw, y se refiere a la situación en la cual una clase concreta de discriminación interactúa con dos o más grupos de discriminación creando una situación única. Según las feministas negras, en su caso se trataría de sexism, racismo y opresión de clase. Es interesante relacionar este concepto con el de transversalidad, según el cual las acciones y las políticas tienen resultados diferentes en hombres y mujeres, por ello es necesario incluir la perspectiva de género en el diseño de políticas de cualquier índole, incluyendo medidas como acciones positivas porque sólo de ese modo se logrará una mayor igualdad. Así, la interseccionalidad y la transversalidad se complementarían en la toma de conciencia de las desigualdades.

un conjunto de disposiciones por las que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos humanos: el sexo es biología, el género es cultura. Así que el concepto de género surgió en los años 70 (Moi, 1999) como el conjunto de características sociales, culturales, políticas, económicas, jurídicas, etc., que se asigna a hombres y mujeres, diferenciando de este modo «lo masculino» de «lo femenino». Es, por lo tanto, una construcción sociocultural. La utilidad de dicho concepto fue enorme, porque sólo a raíz de ahí se comenzaron a analizar las dinámicas socioculturales inherentes a esa dicotomía de lo masculino/lo femenino. Por lo tanto, la categoría de «mujer» es una construcción social que se hace sobre el cuerpo biológico femenino. Introducir, pues, el concepto de género, en tanto que categoría analítica, fue un paso de gigante en el marco del feminismo porque permitió visibilizar lo que antes estaba oculto, porque dio voz a lo que antes se callaba.

Con la llegada de lo que se ha denominado postfeminismo se abrió la revisión al sistema sexo/género, indicando que el género puede ser en realidad uno de los mecanismos por los que seguir regulando el comportamiento de hombres y mujeres. Y de ahí surgió, inevitablemente, innumerables preguntas: si se rehúye totalmente de cualquier tipo de etiqueta, de diferenciación, ya sea biológica o social, ¿dónde quedaría el feminismo, sin un sujeto acotado para poder trabajar? ¿Existe algo así como una «identidad femenina»? ¿Puede haber un feminismo sin mujeres, cómo teorizar el feminismo sin sujeto? ¿Quién sería, entonces, el sujeto del feminismo? ¿Qué significa y qué implica el concepto de género? Si se destruye todo sujeto, ¿de quién estamos hablando entonces?

El género tiene limitaciones conceptuales porque no sirve para visibilizar la opresión relativa al cuerpo que sufren las mujeres (o sea, a lo biológico, al sexo). Además, si existe el concepto de género es porque hay una relación de dominación: esto es, hay una estrecha relación entre género y patriarcado. Podemos decir que el patriarcado explica, posibilita y forma las relaciones de poder que están detrás del género. El género es, pues, una construcción del patriarcado que construye y produce «lo femenino».

Y es que el patriarcado, a lo largo de la historia, ha surgido con diversos envoltorios, pero ya sea valiéndose de la violencia o de la seducción, el fin ha sido siempre el mismo: el asignar espacios y límites, el nombrar y negar la palabra a las mujeres, el establecer

diferencias entre él y lo que no es él, siempre bajo un prisma androcéntrico, donde lo diferente es lo femenino, la otredad, y el «valor por defecto» sería lo masculino, lo que Simone de Beauvoir (2005: 50) denominó la construcción de la mujer como «alteridad absoluta»: el hombre aparece siempre como sujeto hegemónico, la mujer como sujeto subyugado: «la subordinación de las mujeres se ha desenvuelto siempre en un marco ontológico que la validaba» (Valcárcel, 2000: 116). El patriarcado es, pues, el poder que organiza los sistemas de género, los sistemas del sexo y la variedad de prácticas del deseo. Patriarcado y género se refuerzan entre sí y uno se debilita a través del otro. Lo que está claro es que el patriarcado sigue siendo, como ha sido siempre, el patrón de pensamiento que moldea el conocimiento y se impone como criterio único de concepción de la realidad.

¿Cómo podemos, por lo tanto, deconstruir el concepto de género, cómo podemos escapar de una estructura de poder absolutamente establecida? Hay, básicamente, dos estrategias: la **vindicación** (punto de vista ético, como el de Celia Amorós) o la **transgresión** (punto de vista estético, como el de Judith Butler). La primera ve el género como sistema social de poder, como jerarquía de un sexo sobre otro. Para la estrategia transgresora, sin embargo, el género es un aparato discursivo que construye prácticas de exclusión; la transgresión no busca la destrucción de los géneros, sino la destrucción del binarismo. Aquí habría que actuar en el aspecto identitario-subjetivo de las prácticas que nos «generalizan»: no se trataría de destruir la estructura de poder, sino de desestabilizar el género a partir de prácticas contradictorias con las normativas del género.

El problema que tiene el combatir el género desde una perspectiva meramente estética, de transgresión, tal y como propone Judith Butler, es que, para empezar, elegir el género a la carta sólo es posible cuando no hay necesidades más perentorias que atender; sólo mujeres de determinadas clases sociales y en ciertos países (Occidente) pueden permitírselo (contradicoriamente, aquí volveríamos, en un giro curioso de la historia, al etnocentrismo propio de los ideales ilustrados que el feminismo quería combatir: si la igualdad sólo era para los hombres blancos de clase alta, con la transgresión sucede lo mismo: sólo las mujeres blancas de clase alta podrán permitírsela). Además, limitarse a combatir el género desde una perspectiva estética, poniéndose y quitándose máscaras,

disfrazándose de tal o cual manera, no es en sí un signo de liberación. Podríamos decir que sería algo más parecido a una provocación, una llamada de atención... un juego. Pero no resuelve el problema.

Existe además una paradoja en esto último, y es que intentando huir del esencialismo del género, es fácil caer en un esencialismo del sexo. Porque mantener un sistema binario de género lleva irremediablemente a la idea de que sólo caben dos sexos en la naturaleza. Así que habría que conseguir llegar a un nuevo paradigma de género, más allá de los estereotipos del binarismo, y que esto no sea percibido como una amenaza.

Las referencias a los (dos) géneros contribuyen a esencializar las diferencias, refrendan las dicotomías y refuerzan las asimetrías, pues imponen una obligación en el vínculo sexo/género, lo cual es más que cuestionable; ignora la complejidad de las identidades sexuales/sociales: gays, lesbianas, transexuales, travestidos, hombres y mujeres fuera de los modelos dominantes de feminidad y masculinidad... y es etnocéntrico pues hay culturas donde los géneros instituidos no son sólo dos (Ortiz Gómez, 2002: 31).

Resulta todo un desafío en el marco de una sociedad heteronormativa y que rechaza cualquier código de identidad diferente. Porque además podemos ver que no sólo el concepto de género se construye históricamente, sino que el de sexo también. Y es posible distinguir entre sexo y género, y por ende, entre biología y cultura, viendo cómo se asignan roles diferentes a hombres y mujeres, siempre en favor del varón.

Otro de los problemas que tiene el concepto de género es que, últimamente, se ha edulcorado. Así, se viene utilizando como sinónimo eufemístico de «mujer». Y al eliminar su significado original, se eliminan también las connotaciones que iban de la mano. De modo que puede incluso tratarse de un concepto agónico, desprovisto hoy por hoy del significado conceptual en tanto y en cuanto que categoría analítica. Porque si se pierde la carga crítica original, si el concepto de género es hoy neutral, meramente descriptivo, carece ya de sus reivindicaciones feministas, así que se muestra inútil para llevar a cabo la subversión que los feminismos necesitan, despolitizando la teoría feminista. De hecho, puede caer precisamente en una cosificación de las mujeres, al percibir los temas «de género» como temas «de mujeres», esto es, no universales. Y sí, aunque es cierto que las mujeres son quienes impulsan el concepto y las destinatarias principales de éste, ya que las mujeres son quienes soportan la discriminación social en

las relaciones de género (véase, la violencia de género), no deberíamos usar ambos conceptos como equivalentes, porque no lo son.

A pesar de todas estas objeciones, el concepto de género supuso un auténtico punto de inflexión, ya que sólo mediante éste se pudo empezar a deconstruir el esencialismo, que veía las diferencias entre hombres y mujeres como propias de la naturaleza. Es en realidad mucho más que un mero concepto, consiste en una categoría crítica de la razón práctica, y como tal, un impulsor del cambio. Comprender que se trata de una construcción social supuso una auténtica herramienta de movilización y mutación en la práctica política. Así, aunque a priori pueda parecer que resulta una concepción desgastada dentro del sistema sexo/género, dentro de los textos académicos donde se pone muchas veces la expresión «perspectiva de género» como algo neutral y sin ninguna reivindicación feminista, aun así, es un concepto del que no deberíamos desentendernos, sino aprovechar su recorrido histórico, porque ha sido la clave para comprender cómo se construye la desigualdad entre hombres y mujeres: antes de la teorización del concepto de género, la diferencia biológica entre sexos era vista como la causa única y natural de las desigualdades entre hombres y mujeres.

Si el género ha sido construido culturalmente, eso quiere decir que también puede deconstruirse, lo que abre la perspectiva de un mundo nuevo donde la igualdad sea un hecho. Recuperar el concepto inicial de género, o al menos su poder subversivo en las prácticas feministas, podría ser algo positivo, ya que es innegable su capacidad hermenéutica para explicar e interpretar por qué continúa el patriarcado aún vigente.

Los feminismos actuales, así, necesitan ir más allá de la dicotomía sexo/género. No sólo el género es algo construido, sino que también la sexualidad lo es, a través del género además. Autoras como Butler opinan que ese binarismo sexo/género es simplista e inaceptable porque cae en el reduccionismo. Así que se trataría de revisar el sistema sexo/género comprendiendo que tanto los géneros como los sexos no se inscriben en dos meras categorías sino que pueden ser múltiples: los navajos, los *hijra* de la India, los *mahu* polinesios, o los Fa'afafine de Samoa, por ejemplo, tienen tres géneros reconocidos (Villaverde Maza, 2011). En los últimos cuarenta años, el feminismo ha conseguido desestabilizar muchas de las estrategias patriarcales que convierten a la mujer en un sujeto oprimido y excluido. Sin embargo, se requiere aún de mucha

pedagogía, de mucha educación «en la resistencia a la dominación» (Reverter Bañón, 2010: 30), de muchos cambios en todas las áreas, incluido el lenguaje (por ejemplo, usando términos como «empoderamiento» o «sororidad»). Es importante tomar la palabra para nombrar desde nosotras, hacer el esfuerzo de inventarnos nombres: la conceptualización es un arma fundamental de la lucha feminista. Porque sólo desde «fuera» podrían generarse imágenes externamente a ese centro, que es el de ellos. Si el concepto de género ya no es tan válido, por todo lo anteriormente expuesto, no hay que temer su deconstrucción, porque siempre puede construirse algo nuevo. Desde cero, u otorgándole un significado diferente, reinterpretando quizás el original.

Por supuesto, resignificar a nivel simbólico es una tarea lenta, quizás a veces poco fructuosa, pero absolutamente necesaria para llegar a una sociedad que tienda a ser más igualitaria. Porque el feminismo necesita de un espíritu crítico constante. Si no comprendemos cómo se ha llevado a cabo la desigualdad, no podremos saber cómo deconstruirla. Sólo así podremos alcanzar, algún día, una sociedad post-patriarcal donde tengan cabida nuevos patrones de género más allá de estereotipos binarios, venciendo por ende el pensamiento dicotómico, porque sólo así el patriarcado habrá sido, al fin, superado, resultando en una sociedad más justa y de mayor calidad democrática.

3.2.2. La sexualidad femenina como instrumento subyugado: heteronormatividad y paternalismo

El exceso de medicalización en Occidente es tal que las personas se automedican por pura prevención y al más mínimo síntoma, para no tener que soportar la incertidumbre, y supone además una posición pasiva, en la que no nos responsabilizamos de nuestra propia salud sino que relegamos en las medicinas este hecho. Estos excesos afectan más a las mujeres, por los mensajes que sobre éstas lanzan los medios de comunicación, y por las confusiones entre la belleza y la salud que la industria farmacéutica fomenta: según un estudio dirigido por la doctora Pilar Carrasco-Garrido en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, las mujeres se automedican casi en un 17 %, frente al 14,46 % de los hombres (Carrasco Garrido *et al.*, 2010). La medicalización no sólo supone un gasto enorme, sino que no resulta algo inocuo y puede contribuir a la victimización de la población. No es casualidad que las grandes farmacéuticas estén todas continuamente en procesos de juicio en EEUU, acusadas de prácticas sucias de

marketing¹⁹, o del lanzamiento de falsas enfermedades como la disfunción sexual femenina²⁰.

Y es que en una sociedad como la nuestra, no hay más que encender la televisión para observar cómo las mujeres parecen estar en el punto de mira, no ya sólo en cuanto a tratamientos estéticos (cremas antcelulíticas o antiedad, productos para adelgazar, lencería que aumenta o que disimula, maquillajes, tintes, tratamientos de depilación, reafirmantes, operaciones de cirugía estética, manicuras... ¡no hay un centímetro de cuerpo que quede libre de esta tiranía!), sino también desde el punto de vista de la salud (¿por qué siempre serán ellas las que sufren de hemorroides, de intolerancia a la lactosa, de gases, de estreñimiento...?). « Le corps féminin fait l'objet d'un excès d'attention, car c'est bien dans tous les domaines de la féminité et à chaque étape de la vie que la médecine s'interpose » (Girard, 2010: 7)²¹.

Desde luego, hay poderosos grupos empresariales y profesionales que están haciendo un gran negocio a causa de la salud de las mujeres, es lo que Marc Girard llama «el triunfo de la medicalización» (*Ibid.*, 9). Y esto implica la manipulación en torno a su sexualidad, no limitándose al embarazo y al parto, sino a todos sus momentos, de principio a fin: «las mujeres tienen órganos que no sienten como suyos, cuyas funciones les son ajenaas, y de los que disponen los entendidos en el terreno que sea» (Sau, 2000: 49). Todos esos instantes de la sexualidad femenina se han patologizado, medicalizado, y pasado por un filtro de «enfermedad» para desnormalizar lo que deberían ser considerados estados naturales de la vida de las mujeres. Y sobre todo, y a causa de esto, hay un gran desconocimiento sobre cómo funciona nuestro cuerpo y cómo trabajar con él, lo que no ayuda precisamente a salir de este estado subyugado.

¹⁹ Por ejemplo: Pfizer, Novartis, GlaxoSmithKline o Eli Lilly por marketing ilegal; Safoni-Aventis, AstraZeneca, Merck o Abbott por fraude, Johnson & Johnson por ocultamiento de efectos colaterales; todas estas empresas acumulan más de 11.000.000.000 de dólares en multas (González Lago, 2016).

²⁰ Desde luego, se gana más dinero medicando a la población sana que a la población enferma, puesto que la población sana es más numerosa. En este contexto, estrategias de promoción de la enfermedad como el célebre *disease mongering* (crear el problema para poder vender el fármaco) se encuentran a la orden del día.

²¹ «El cuerpo femenino es objeto de un exceso de atención, porque la medicina se entromete en todos los dominios de las mujeres y en cada etapa de sus vidas» (*traducción propia*).

Los discursos hegemónicos sobre el cuerpo y la salud de las mujeres se construyen sobre dos ejes: el **biologicismo** (las mujeres aparecen como seres que se definen por su organismo) y el **reproductivismo** (tipo de biologicismo según el cual el cuerpo femenino se explica sólo desde sus funciones reproductivas) (Esteban, 2001: 74). Así, todos los fenómenos que se producen en los cuerpos de las mujeres se acaban explicando desde ese punto de vista, y las mujeres se verán como esclavas de sus hormonas y de sus procesos naturales.

La promoción de la salud es un campo de la sanidad que tiene en cuenta la educación sanitaria, la creación de habilidades mediante las cuales las personas tendrán una actitud saludable hacia su desarrollo vital y hacia su entorno. Una buena promoción de la salud sería, en teoría, contraria a la medicalización excesiva, sobre todo en los procesos vitales (embarazo, parto, lactancia, menstruaciones, menopausia...), apoyando exactamente todo lo contrario: se trataría de proporcionar la suficiente información para que la población sea consciente del desarrollo de sus propios procesos para que los puedan vivir con plenitud. Pero por desgracia sucede todo lo contrario: existe una creciente medicalización de los cuerpos femeninos, que ve a las mujeres como a víctimas de su propia biología.

Entre las mujeres existe todavía un gran *desconocimiento* de los propios cambios y de las interferencias ambientales e interpersonales; persiste y aumenta la *no armonía* con el propio cuerpo, del que las mujeres se alejan con la persecución de la igualdad (Valls-Llobet, 2009: 153).

La sexualidad femenina es un campo epistemológico que la ciencia no ha abordado suficientemente porque está sometida a tabúes culturales y prejuicios de toda índole que la han invisibilizado. Además, dado que el modelo médico hegemónico es profundamente androcéntrico, durante muchos años sólo le ha interesado la sexualidad masculina, viéndose la femenina como una versión degradada de la masculina. De este modo, al mismo tiempo que se han ocultado los principales órganos implicados en el placer femenino, se ha subyugado totalmente la sexualidad femenina, convirtiendo a las mujeres en personas cuyo único fin sexual es la mera reproducción, no legitimadas para disfrutar de sus cuerpos y del placer sexual, por ejemplo.

3.2.2.1. La menstruación

Desde el momento en que una mujer tiene su primera menstruación se le advierte de cómo ésta es «dolorosa», cómo «produce cambios de humor», etc. En la imaginaria popular se pinta a las mujeres como esclavas de sus ciclos hormonales (curiosamente, no se suele nombrar que las fluctuaciones hormonales en los varones son de lo más comunes). Se habla de la menstruación usando eufemismos patologizadores («estoy mala»). Si tenemos una desconexión total con nuestro propio útero es lógico que la menstruación duela. Pero la menstruación, a menos que existan patologías (como la endometriosis), no debería doler más allá de unas meras molestias.

La menstruación no debe producir dolor; en todo caso, una ligera molestia. [...]

Cuando se presenta fuera de los parámetros normales, sus características anómalas son claros indicadores de problemas de salud, de nutrición o de estrés físico y mental (Valls-Llobet, 2009: 135-136).

Aun así, la mayoría de mujeres considera que el dolor menstrual es normal. Además, las farmacéuticas se lucran vendiendo medicación para el dolor menstrual, donde en la publicidad la madre le dice a la hija «nacimos para sufrir». La menstruación es un proceso biológico, normal, que se resignifica culturalmente. Y ese supuesto dolor depende mucho de la cultura donde las mujeres estén inscritas. Así, Margaret Mead, en *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa* (1975) comprobó realizando un estudio con 30 niñas adolescentes que sólo seis de ellas manifestaban algún tipo de dolor menstrual, sin que por ello el dolor afectara a sus tareas y juegos cotidianos. Las niñas de Samoa no mostraban conflictos con el sexo, y no se avergonzaban de tener la menstruación, viéndola como algo natural.

Sólo a partir de la mitad del siglo XX comenzó a estudiarse el ciclo menstrual y las hormonas hipofisiarias, porque hasta entonces no habían interesado a la biomedicina. De hecho, la menstruación sigue siendo algo tabú en Occidente, no ya sólo con los eufemismos que utilizamos para referirnos a ella, sino que además se esconde como un estado casi impuro, enfermizo. En los anuncios publicitarios de compresas, podemos ver cómo el líquido que se muestra es azul, color asociado con la limpieza, en vez del rojo real, porque el tabú de la sangre menstrual sigue vigente.

Se está demostrando cómo realizando ejercicios de reconexión y relajación del útero (Felipe-Larralde, 2013), las menstruaciones dejan de ser dolorosas: se trata de conectarnos, nuevamente, con nuestros cuerpos arrebatados. De recuperarlos.

El ciclo menstrual hace ciclar también a todos los órganos y sistemas de las mujeres y sus alteraciones pueden ser un indicador del estado de salud, ya que las situaciones de estrés y patologías químicas y subclínicas alteran su regularidad. [...] En lugar de ver la menstruación como una inferioridad, o como algo que nos ensucia o nos resta oportunidades, podríamos dirigir una mirada diferente sobre ella y [cuando hay alteraciones o dolor] convertirla en el aviso biológico de que algo no anda bien en nuestro organismo, de que algo interno o externo ha roto su armonía (Valls-Llobet, 2009: 133-134).

Recientemente ha visto la luz una medicación para abolir la menstruación, una píldora llamada Lybrel, que tomándose a diario permite eliminar el período permanentemente. Este medicamento no ayuda precisamente a eliminar el tabú en torno a la menstruación, mostrándola como algo sucio, impuro y de lo que hay que librarse. Evidentemente aún no se sabe cuáles serán los efectos a largo plazo, y éstos tardarán muchos años en conocerse, puesto que Lybrel sólo lleva en el mercado unos diez años. En cualquier caso, supone una medicalización constante, durante toda la vida fértil de una mujer, ya que envía el mensaje de «si no quieres pasar por el horrible y sucio trance de tener la menstruación, tienes que tomar hormonas todos los días».

La falta de respeto por el cuerpo de las mujeres está conduciendo a las propuestas de abolición bioquímica de la menstruación, como si fuera un planteamiento progresista, aunque suponga una intervención hormonal constante durante la vida reproductiva (Valls-Llobet, 2009: 153).

3.2.2.2. El orgasmo femenino

Teniendo en cuenta que hay culturas²² donde el orgasmo femenino se considera impuro, por lo que se recurre a métodos como la ablación para impedirlo (más de 200 millones de mujeres y niñas vivas actualmente han sido objeto de mutilación genital femenina en los 30 países de África, Oriente Medio y Asia donde se concentra esta práctica, Unicef: 2016), y que el placer sexual y el goce queden única y exclusivamente en los varones (las

²² No hay que irse muy lejos en el espacio y el tiempo. En 1865, la *British Medical Society* calificó el clítoris como fuente de desviaciones y enfermedades, lo que tuvo como consecuencia la amputación preventiva del mismo en muchas mujeres (Lameiras Fernández, 2013: 15).

mujeres serían meras receptoras de esa sexualidad, objetos para masturbarse y para depositar dentro a los hijos), en general este orgasmo es un gran desconocido. Conceptos como «punto G», «orgasmo de clítoris y orgasmo vaginal» son del todo vagos y sólo siembran más confusión. En cualquier caso, a pesar de estar ya lejos en el tiempo de la revolución sexual y el auge de los feminismos de los años 70, el orgasmo femenino continúa siendo un misterio para mucha gente, incluso para algunas mujeres que admiten no haberlo experimentado nunca.

Además, cuando se habla del orgasmo femenino suele mencionarse cómo conseguirlo heteronormativamente hablando, siempre con un *partenaire* masculino que, con mayor o menor habilidad, logrará llevar a su compañera a dicho estado idílico: no olvidemos que para Freud las mujeres tenían «envidia del pene» y el orgasmo vaginal era el único «maduro», capturando de nuevo el cuerpo femenino a estar a expensas del masculino y del coito para llegar al orgasmo.

En el año 2016 se ha llevado a cabo un nuevo estudio de la mano de científicos de la Universidad de Yale y el Hospital Infantil de Cincinnati, publicado en el «Journal of Molecular and Developmental Evolution», que ha indagado en el origen evolutivo del orgasmo femenino para llegar a comprender algo más del placer sexual de las mujeres. Así, aunque se sabe que el orgasmo femenino hoy por hoy no tiene ningún papel en la función reproductiva, en el pasado quizás sirvió para provocar la ovulación. En otras especies de hembras mamíferas, la cópula es precisamente la que induce la ovulación, sin embargo en las humanas no es así. Estos investigadores opinan que antes en las hembras humanas cópula y ovulación también estaban unidas, pero que la evolución modificó este proceso y ahora la ovulación resulta espontánea. Las mujeres aún conservan la segregación de hormonas (prolactina y oxitocina) en el momento del orgasmo; estas hormonas resultan claves en el proceso de la ovulación.

Por lo tanto, el orgasmo femenino está hoy por hoy más vinculado a sus beneficios psicológicos que en facilitar la reproducción: el clítoris es el único órgano que sólo sirve para el placer sexual. En cualquier caso, el terreno de los orgasmos femeninos tiene aún un largo camino de estudio por delante. Lo que sí es cierto es que no sólo no es necesaria la ayuda de ningún hombre para conseguir un orgasmo, es que la mejor manera de

conocerse a una misma sexualmente hablando es mediante la masturbación, como práctica totalmente saludable y liberadora.

3.2.2.3. Los anticonceptivos

Resulta curioso que uno de los métodos anticonceptivos más usados entre parejas heterosexuales estables sea la píldora anticonceptiva. Es curioso porque, si los hombres son fértiles todo el tiempo y las mujeres sólo un par de días cada mes, ¿por qué son ellas quienes deben poner los medios para evitar un embarazo no deseado? Se excluye sistemáticamente a los hombres de los programas de planificación familiar porque sólo existen dos métodos anticonceptivos masculinos (el preservativo y la vasectomía) y actualmente ninguno está cubierto por la sanidad pública. De hecho, no se realizan apenas investigaciones para lograr algo así como una «píldora masculina» (pero sí para conseguir mejores erecciones), la tecnología médica siempre se ha centrado en el cuerpo de las mujeres para experimentar sobre el control de la fertilidad²³.

La cuestión es que, así como el preservativo no tiene ningún efecto secundario, la lista de los inconvenientes de la píldora anticonceptiva es larguísima: bajada de la libido, aumento de la hipertensión y del tromboembolismo, formación de cálculos biliares, hemorragias uterinas/vaginales, mareos y náuseas e incluso estados depresivos, por citar sólo unos pocos (en algunos casos, ha habido muertes). La píldora anticonceptiva altera totalmente el funcionamiento de los cuerpos, desconectando a las mujeres de sus ciclos naturales en pos de una mayor comodidad masculina. Se trata, pues, de un medicamento profundamente machista, que baja la libido en las mujeres, que no tiene en cuenta la salud de éstas, y que sigue viéndolas a ellas como quienes han de lidiar con un embarazo no deseado, en lugar de corresponsabilizar a su pareja: si están pensadas para parejas estables (puesto que no protegen de enfermedades de transmisión sexual), ¿por qué la responsabilidad ha de seguir en manos de las mujeres? Más allá de su uso

²³ En los últimos años se estaban realizando algunos ensayos clínicos de un anticonceptivo masculino inyectado, con un 96 % de efectividad, pero éstos han sido suspendidos porque a algunos de los varones participantes del estudio los efectos secundarios (acné, aumento de la libido, cambios de humor, depresión, etc.) les parecieron insoportables. Estos efectos secundarios son menores a los de la píldora anticonceptiva femenina que las mujeres llevamos décadas soportando (Dockrill, 2016).

contraceptivo, las hormonas suponen una domesticación del cuerpo de las mujeres y una nueva forma de control social del género.

«Los riesgos a corto, medio y largo plazo de la administración [de la píldora] han adolecido desde siempre de la escasez de ensayos clínicos aleatorios para evaluar sus efectos secundarios» (Valls-Llobet, 2009: 144). Sí se sabe que los anticonceptivos hormonales son un factor de riesgo para el cáncer de mama. En junio de 2005, la IARC de la OMS clasificó la anticoncepción hormonal y la terapia hormonal sustitutiva propia de la menopausia como carcinógenas en seres humanos.

3.2.2.4. La menopausia

Las mujeres pasan su vida en un continuo estado de medicalización: la menstruación, el embarazo, el parto, el control de la fertilidad... y la menopausia. Estados que deberían ser considerados naturales pasan a estar controlados por las farmacéuticas y por una patologización tal que acaba perpetuando un círculo vicioso de desconexión con nosotras mismas. Hacer que las mujeres teman el dolor es una forma clara de tenerlas bajo control porque para huir del miedo a sí mismas estarán dispuestas a aceptar que se manipulen sus cuerpos, sus hormonas, su salud en general.

La menopausia es una etapa natural de la vida por la que pasan todas las mujeres a partir de más o menos los 50 años. Se produce una serie de cambios hormonales (descenso en los niveles de estrógenos y desaparición de los ciclos hormonales) que suponen el final de su vida fértil. En los países occidentales, la menopausia se asocia con una pérdida del estatus social propio de la juventud y sus ideales de belleza y de la sexualidad.

Así, simbólicamente la menopausia está inevitablemente ligada con el final de la juventud, puesto que viene de la mano del fin de la época reproductiva, y existe una fuerte connotación peyorativa: con la menopausia aparece la idea del envejecimiento, y con ella, de la pérdida de la belleza y la funcionalidad. Los medios de comunicación nos bombardean continuamente con esta idea: si no eres joven, te quedas «fuera». (García García, 2017: 225)

Desde que en el siglo XIX los médicos comenzaran a hablar más sistemáticamente sobre la menopausia, el cuerpo femenino se presentó como en crisis a partir de dicha etapa, porque ya no podía cumplir con el objetivo implícito en la vida de cualquier mujer: la reproducción. En el siglo siguiente se descubrió el estrógeno y su lugar en la fisiología reproductiva, por lo que la menopausia comenzó a definirse en tanto que enfermedad

deficitaria. El célebre doctor Robert Wilson, cuyas investigaciones sobre la menopausia fueron patrocinadas por una farmacéutica líder en producción de estrógenos, fue el artífice de frases sexistas como:

Un hombre permanece hombre hasta el final. La situación con la mujer es muy diferente. Sus ovarios se tornan «inadecuados» en una fase de la vida relativamente temprana. Es el único mamífero que no puede continuar reproduciéndose después de la mediana edad (Wilson, 1963, citado por Fausto Sterling, 1985: 111).

Históricamente siempre se ha trazado una dicotomía entre mujeres y hombres, que muestra a las primeras como «víctimas de la naturaleza» (y por ello de las fluctuaciones de sus hormonas, como si los varones fueran inmunes a éstas), poco racionales, esclavizadas por sus pasiones, pasivas y débiles; y los segundos serían «los civilizados», los racionales, que se guían por la mente, activos y fuertes. Este sistema dualista legitima la estructura de género de todas las sociedades patriarcales. La idea de anormalidad o de etapa deficitaria en la vida de las mujeres se muestra en contraposición a lo que es «normal»: el ciclo hormonal masculino, que no sufre (supuestamente) tantas variaciones. Definir la menopausia como un déficit trae de la mano su reconocimiento en tanto que proceso patológico, y por ello, necesitado de medicalización. Así, en las últimas décadas, en el mundo occidental se ha pasado de la aceptación del envejecimiento como tal a una total negación de éste, intentando alargar la autopercepción de las mujeres como de eternamente jóvenes, lo que incluye disfrazar el período climatérico. Y esto conlleva que en la actualidad exista un tremendo *boom* de medicalización de mujeres en la menopausia, supuestamente porque el climaterio se relacionaba con mayor posibilidad de sufrir enfermedades como osteoporosis, Alzheimer, diabetes o hipertensión, entre otras. Sin embargo, dicha «prevención médica» se realizó en base a elucubraciones, sin que hubiera una investigación seria de por medio. El resultado es que, hoy por hoy, y después de realizarse varios estudios (Anderson *et al.*, 2004) sobre el tema, se sabe que medicar con estrógenos en la menopausia no sirve absolutamente para nada, al contrario: aumenta el riesgo de cáncer de mama, aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas y cerebrales, los sofocos tratados con placebo disminuyen en igual medida que los que se tratan con estrógenos, etc. (Valls-Llobet, 2009: 214). Por lo tanto, al considerar globalmente todos los efectos, el uso de hormonas femeninas en la menopausia y después de la misma, es posible

afirmar que producen más perjuicio que beneficio para las mujeres que las han tomado. Además, están apareciendo voces críticas entre distintos sectores profesionales y organizaciones sanitarias públicas, como el Colegio de Médicos de Bizkaia o la Organización Médica Colegial de España, que desaconsejan el uso prolongado de productos hormonales tras la menopausia. Desmedicalizar la menopausia es fundamental porque se trata de una etapa más en la vida fértil de las mujeres, un momento de tránsito que ha de pasarse de la manera más natural posible.

En cuanto a los aspectos psicológicos, algunos estudios (Bochino, 2005; Rondón, 2008) demuestran que la depresión de las mujeres en época de la menopausia está influenciada notablemente por su ocupación, su estatus económico y su convivencia armónica de pareja. Así, las mujeres con personalidad equilibrada, con una buena autoestima, que se sienten satisfechas con su vida y su entorno, suelen experimentar menos síntomas que las que se sienten insatisfechas en estos aspectos. En un estudio realizado entre mujeres ceutíes (Pérez Melero *et al.*, 2015), también podemos observar cómo las mujeres con menor nivel socioeconómico refieren una peor percepción de la calidad de vida tanto a nivel físico como psicológico. Por lo tanto, los síntomas como tal no son meramente psicobiológicos, sino que la percepción que se tiene de éstos cambia con el nivel socioeconómico.

Existen diversas hipótesis que tratan de explicar por qué se producen las alteraciones psicológicas en la menopausia; una de ellas es que el estrés psicosocial puede afectar los valores de los esteroides gonadales, y por ello influir en el estado de ánimo (Couto Núñez y Nápoles Méndez, 2014). También se ha constatado que los factores sociales que inciden negativamente en esta etapa de la vida de las mujeres y que producen preocupaciones laborales, económicas y afines, pueden potenciar los síntomas psicológicos de la menopausia (Heredia Hernández y Lugones Botell, 2007). Todo esto hace preguntarse a muchos autores si viene antes el huevo o la gallina: ¿las mujeres están psicológicamente exhaustas a causa de la menopausia, o lo están porque coincide con una época de mucha actividad en sus vidas, lo que las hace sentirse exhaustas y esto puede provocar que se achaque este cansancio a los síntomas de la menopausia? Del mismo modo, ¿qué viene antes: la bajada de estrógenos es la que produce depresión, o

la depresión surge de no aceptar los cambios que se producen, buscando una imposible eterna juventud? Es, pues, una edad complicada por muchos factores, y no pueden atribuirse unos síntomas sin más, descontextualizándolos del entorno social y cultural de cada mujer en particular.



Figura 3.2. La imagen que muestra la publicidad de la sexualidad femenina es patologizante: las mujeres aparecen como esclavas de sus hormonas, que no tienen control sobre sí mismas y que durante la menstruación pasan por un infierno.

Por lo tanto, vemos cómo a las mujeres se las medica para huir de su naturaleza. A los hombres, para potenciarla: las mujeres aparecen como enfermas eternas, víctimas de sus inestables hormonas, los hombres como necesitados de medicamentos para potenciar su virilidad. Los varones son siempre definidos en términos de su sexualidad, esto es, socialmente se valora que se comporten de un modo sexual, «viril», y las mujeres serán los objetos —pasivos, sumisos— de esa sexualidad. La condición de ser mujer, así, se percibe como algo negativo, que debe de ser curado. La condición de ser hombre, como algo positivo, que debe de ser potenciado. Así, los cuerpos femeninos se muestran fragmentados, y su sexualidad subyugada y fuera de su control.

Los cuerpos femeninos están tan fragmentados que no sólo no reconocen sus propios síntomas, sino que acuden a diferentes especialistas, de forma espontánea, pensando que cada dolor de una parte de su cuerpo se ha producido por alguna «causa» diferente. Por desgracia, el papel del médico de familia [...] queda limitado por la falta de tiempo y de recursos de atención, y entonces se deriva en exceso al especialista, lo que contribuye a la fragmentación del cuerpo femenino (Valls-Llobet, 2006: 35).

Además, el reduccionismo centrado en la salud reproductiva de las mujeres ha tenido como consecuencia la creación de servicios asistenciales con unidades de «salud de la mujer» que sólo se centran en dichos aspectos, olvidándose de un plumazo de investigar las enfermedades más frecuentes entre el sexo femenino, esto es, la morbilidad diferencial, de la que hablaremos en el siguiente apartado. Existe una tendencia inconsciente por parte del personal sanitario a no diagnosticar las patologías de las mujeres, y sin embargo a medicalizar en exceso en los procesos fisiológicos (embarazo, parto, menopausia), en una especie de compensación retorcida. Es como si las mujeres sólo existieran en tanto que seres destinados a la reproducción, como si sólo hubiera que hacerlas caso en ese sentido, pero encima, al ser la otredad, las raras, las no-hombres, se las tiene en un estado perpetuo de enfermedad, y por ello han de ser medicadas para huir de su propia naturaleza (enfermiza, patológica), porque es un modo de dominarlas mediante el miedo, la fragmentación de sus cuerpos, y el fomento del desconocimiento de éstos.

3.3. LA SALUD DE LAS MUJERES. HACIA UNA CIENCIA LIGADA A LAS DIFERENCIAS Y A LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Dado que las gestantes son sólo del sexo femenino, es obvio que hay que analizar el desarrollo de la atención al embarazo y al parto con una perspectiva de género²⁴. De hecho, en este apartado vamos a fijarnos en la evolución del concepto de género²⁵ dentro del marco de la salud, así como la medicalización de la sexualidad femenina como método de dominación y control.

²⁴ La perspectiva de género propone eliminar las causas de opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basadas en el género. Promueve la igualdad entre los géneros así como la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones.

²⁵ El género en tanto que definición de las mujeres y los hombres construida socialmente y con claras repercusiones políticas. La construcción social del género incluye relaciones desiguales de poder en todas las facetas de la vida, tanto públicas como privadas.

3.3.1. Medicina y androcentrismo en Occidente

Uno de los principales problemas al analizar cualquier cuestión de índole médica es partir de la premisa de que ésta es una ciencia neutral, objetiva y libre de prejuicios, cuando nada más lejos. La medicina está atravesada por cuestiones de género, de prejuicios, y de androcentrismo: «la ciencia médica ha sido construida durante siglos, y casi hasta nuestros días, por varones de estratos sociales medio-altos en países de Occidente» (Ortiz Gómez, 2002: 32). Dice Marc Girard (2010: 7) que «la médecine pointe un excès de brutalité qui touche spécifiquement la femme »²⁶.

La medicina hegemónica excluye sistemáticamente a los sectores exentos de poder, como las mujeres, las personas con pocos recursos, o de determinadas razas. Todos los patrones culturales se han naturalizado de tal modo, que aparecen incluso hoy en día como algo legitimado.

Hay una interacción dinámica y constante entre los sectores hegemónicos y subalternos de una sociedad, entre la cultura dominante y la/s dominada/s, produciéndose consecuentemente acomodaciones y transformaciones (Esteban, 2003: 26).

Ginsburg y Rapp (1995: 3-4) hablan de «reproducción estratificada» para referirse a cómo se reproduce, dentro de los nacimientos, un orden social basado en jerarquías y privilegios que promueve desigualdades sociales (económicas, étnicas, de edad, de género, etc.): se favorece que algunas mujeres se reproduzcan pero otras no, con lo que unos grupos sociales tendrán más posibilidades para la reproducción. Y todas estas ideologías de género están inscritas, consciente o inconscientemente, en las prácticas biomédicas diarias.

Si el androcentrismo en la ciencia identifica lo masculino con lo humano en general, y al revés (equipara lo humano con lo masculino), hará, pues, de lo masculino la norma, con lo que la investigación usará una perspectiva que sólo responderá a la experiencia y los intereses de los varones de la sociedad: la perspectiva, desde el principio de la historia de la medicina, ha sido androcéntrica. El cuerpo del varón constituía la norma, el referente y el cuerpo humano por antonomasia. Porque el cuerpo femenino siempre se

²⁶ «La medicina ofrece un exceso de brutalidad que toca especialmente a la mujer» (*traducción propia*).

ha visto como menos perfecto, como algo deficitario: el útero no era más que una máquina, y los cuerpos de las mujeres se veían como inmaduros e infantiles, lo que explicaría la inferioridad física y social.

La conformación del cráneo (...), el menor desarrollo de la laringe y la agudeza y el timbre de la voz; la ausencia de pelo en labio y barba; la exagerada labilidad del sistema nervioso; el mayor número de palpitaciones del corazón y la menor frecuencia de movimientos respiratorios; (...) el predominio de las funciones viscerales y vegetativas, no son sino rasgos infantiles (Nóvoa, 1929: 179).

Por ello, la ciencia médica está repleta de «valores sexistas y metáforas que remiten a la discriminación de las mujeres» (Ortiz Gómez, 2002: 32). En realidad, «el androcentrismo y la tendencia a describir la patología humana a partir de las relaciones sociales establecidas entre los性os sigue siendo una práctica corriente en la investigación» (Ortiz Gómez, 2002: 38).



Figura 3.3. Vagina representada como pene, Andrés Vesalio, *De Fabrica*, 1543.

De hecho, a lo largo de la historia, la ciencia se ha empeñado en oponer inteligencia y feminidad, porque «detectaba una incompatibilidad entre la instrucción y la capacidad de procrear» (Ortiz Gómez, 2002: 36). Médicos como Gregorio Marañón opinaban que la función social «normal» de las mujeres estaría biológicamente marcada por su función reproductora, centrándose ésta, pues, en la maternidad.

La relación entre el cuerpo femenino, la reproducción biológica y la medicina es claramente opresiva y la mujer se pierde en ella. [...] El simple control médico de la reproducción femenina contiene relaciones de género, clase y raza (Wilkinson, 1996: 108).

Hasta el Renacimiento, la medicina veía a los genitales de las mujeres como la inversión de los genitales de los varones, que eran los normativos. Podemos encontrar androcentrismo hasta en las descripciones clásicas de los espermatozoides como activos, pequeños y eficientes, contrariamente a los óvulos, que serían pasivos, lentos y suaves (Martin, 1987). Así, la mayoría de conocimientos médicos provienen de la patología masculina. Sólo a partir de los años 70, con el auge de los feminismos, comienza a plantearse la cuestión de que las mujeres enferman de modo diferente a los varones, de que existe un sesgo de género en la medicina misma, y de que los problemas sociales y culturales inciden a la fuerza en la salud de las mujeres. ¿Por qué se siguen considerando como inferiores o poco importantes los problemas crónicos que presentan las mujeres, por ejemplo?

Y si la visión androcéntrica en medicina tiene al varón como norma, los estudios clínicos se realizan en mayor medida con hombres (Valls-Llobet, 2009: 258), lo que excluye una perspectiva de género y produce inevitablemente sesgos en el momento del diagnóstico. Introducir la variable de la diferencia sexual en la investigación teórica es una asignatura pendiente en la investigación médica. Por ejemplo, para testar algunos productos químicos se han usado como patrón los varones de 20 años del ejército de EEUU (Valls-Llobet, 2009: 258). Los estudios del infarto de miocardio también se han realizado en torno únicamente a varones (Pedreira Pérez, 2016), por poner sólo dos ejemplos (y a posteriori se ha demostrado cómo los síntomas de los infartos en las mujeres son diferentes, lo que dificulta su identificación). Por lo tanto, los varones

aparecen como «la norma», las mujeres como los «no-hombres», esto es, como deficitarias porque «les falta algo». El varón es la norma, la mujer la excepción. El varón es el tipo, la mujer lo atípico.

En los libros de medicina las enfermedades no tienen sexo, como mucho, algunas patologías se describen como «más frecuentes» en hombres o mujeres. Únicamente se ha estudiado la salud reproductiva de las mujeres, sin dar valor al resto de afecciones que puedan experimentar. También es frecuente que se minimicen los datos de laboratorio para naturalizar la supuesta inferioridad de las mujeres:

En los análisis clínicos, los patrones de «normalidad» en los parámetros de análisis bioquímicos u hormonales se construyeron determinando la media de los valores encontrados en una población dada. [...] Dado que la mayoría de esta población estudiada estuvo formada por hombres considerados como patrón de la «normalidad», y con la presunción de que las mujeres eran iguales, se construyeron los primeros valores que se consideraban «normales» (Valls-Llobet, 2009: 258).

3.3.2. El patriarcado y la desigualdad de género

Hemos visto cómo vivimos en una sociedad patriarcal, cómo en Occidente —sobre todo con la llegada del capitalismo y la agonía del feudalismo— las mujeres fueron desposeídas de sus propios cuerpos hasta llegar a temerlos como algo ajeno, en una imponente estrategia de dominación.

Y es que el patriarcado es un paradigma sociocultural que exacerba la presencia del miedo mediante la cultura de la opresión y el desempoderamiento: se nos educa para que el miedo sea la emoción básica que conforma nuestra subjetividad y desde la cual construimos nuestra identidad. El patriarcado como pacto social ha dejado sistemáticamente fuera a las mujeres de la historia y de la civilización. Está presente tanto en el ámbito privado (roles educativos en casa, reparto de tareas, sexualidad,...) como en el público (puestos de poder en empresas, estructura política, instituciones religiosas, entidades culturales,...).

Está claro que la biología ha sido hasta hace muy poco un destino para nosotras. El hecho fantástico de haber sido elegidas para tener en nuestro cuerpo la capacidad de reproducir la especie humana ha sido utilizado contra nosotras para volvernos animalitos útiles, [...] para reproducir la ideología dominante de

la que somos víctimas. [...] Nosotras ponemos los niños y ellos ponen el significado y las leyes por las cuales los niños les pertenecen (Taboada, 1978: 8).

Podemos encontrar los siguientes valores y modelos patriarcales, que están concatenados entre sí (Sarrió, 2009):

- Creencia en la separación, en la dicotomía «biologicista»: hombre/mujer, razón/cuerpo, civilización/naturaleza, etc.
- Inconsciencia sobre nuestro poder y responsabilidad en el control de la realidad, creencia en el determinismo y la incapacidad.
- Uso del miedo como elemento de control social.
- Primacía de los valores masculinos y desvalorización de los femeninos: androcentrismo y misoginia. Lo masculino se muestra como lo objetivo, lo «por defecto», lo deseable.
- Modelo de éxito, poder y liderazgo basado en los valores androcéntricos anteriormente mencionados, de nuevo dicotómico: dominio/sumisión, ganar/perder, etc.
- Modelo de amor y relaciones patriarcales, sexista y heteronormativo, separación de los mundos privado y laboral, entre otros elementos.

Igualmente, podemos hablar de tres reglas del patriarcado que se aplican sobre el cuerpo de las mujeres y que pueden verse también en el ámbito de la medicina (Pastor, 2004: 223):

- **Naturalización de la diferencia sexual como inferioridad:** separación dicotómica en categorías binarias, donde los varones son los activos, fuertes, los que mandan, y las mujeres las pasivas, débiles, y sumisas. Habría que construir una ciencia ligada a las diferencias y a la perspectiva de género.
- **Fragmentación del cuerpo y de la experiencia:** las mujeres se encuentran desvinculadas de sus cuerpos, éstos se muestran fragmentados, lo que dificulta el reconocimiento y relato de los síntomas; además, el exceso de especialización y de tecnología dificulta la visión holística del cuerpo, como un todo

interconectado, con lo que los tratamientos aplicados muchas veces producen procesos iatrogénicos por huir de esa visión integral. Debería desarrollarse una ciencia de la morbilidad femenina diferencial, esto es...

... un conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque sean mucho más frecuentes en el sexo femenino (Valls-Llobet, 2009: 157).

- **Objetualización de los sujetos:** cuando las mujeres (mucho más que los hombres, aunque éstos no están del todo exentos) sufren las exigencias sociales de convertirse en meros cuerpos manipulados por las modas, a través de los cosméticos, la cirugía estética y demás medicalizaciones innecesarias.

Dentro de esta estructura, las mujeres, aparte de tener sus propias características psicológicas, participan inevitablemente en una representación global del grupo al que pertenecen, marcada no sólo por los roles de género que la sociedad estipula, sino también por los que ellas mismas desde su niñez han ido asimilando.

La personalidad modal es una conducta singular que se relaciona con las potencialidades específicas, especializadas, desenvueltas por un grupo o segmento social de una sociedad en términos de una situación de rol y de status, y de instituciones que la hacen posible (Fabregat, 1978: 110).

Resulta también curioso observar cómo se cumplen, dentro del patriarcado, los roles asignados tradicionalmente en cualquier paradigma de dominadores y dominados (Sáez Buenaventura, 1993: 252-254). Así, a los «dominadores» les correspondería:

- asignación de etiquetas a individuos de fuera del grupo
- asignación de papeles o tareas
- adscripción de características psicológicas a los subordinados
- evitación de planteamientos que expliciten las desigualdades
- obstrucción, oposición o erradicación de las protestas de los subordinados que aspiren a la igualdad
- creación de una cultura «oficial», propagandística, de los actos de los dominadores
- asignación y divulgación de que esa situación es la adecuada.

Y a los «dominados», a su vez:

- dedicar casi toda su energía a la supervivencia en esas condiciones complicadas
- intentar lograr la adaptación a los requerimientos impuestos por los dominadores
- conocer las características y necesidades de los dominadores
- desconocerse a sí mismos, que se autocosifican, estando sólo al servicio de los dominadores
- la historia oficial carece de documentación sobre esta dominación, para no poder ponerla en entredicho: los dominadores escriben la historia.

Así pues, las mujeres, en el sistema patriarcal...

...son casi exclusivamente cuerpos de los que ellos desde el poder disponen para la sexualidad que mejor les conviene, para las tareas domésticas que les interesan. El discurso cultural, científico y por tanto también médico sobre dichos cuerpos es el propio del amo y el amo siempre está descontento, siempre pone mala cara a aquello que posee, para mantener alto el nivel de amedrentamiento y que no se le subleven aquellos cuerpos que no son el suyo (Sau, 2008: 32).

Las mujeres sufren discriminación en todos los ámbitos: la educación, la representación política, el mercado de trabajo... y la salud, lo que tiene repercusiones negativas para el desarrollo de sus capacidades y su libertad de elección. Se observa además que las personas poseen distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud por parte de los colectivos menos favorecidos. De igual manera que la salud de los pueblos constituye un exponente de la desigualdad entre países ricos y pobres, también es un reflejo de la desigualdad que existe entre mujeres y hombres de todas las poblaciones (Antolín, 1997: 7).

Los efectos del patriarcado sobre las desigualdades en salud son en gran parte desconocidos y no han sido muy estudiados, pero la dinámica de la producción de estos efectos se reduce a un patrón circular. Empieza por una etapa de reproducción de las estructuras patriarcales de la sociedad, que contribuye a continuar una sociedad patriarcal que mantiene la hegemonía de la masculinidad. Esto a su vez provoca abusos del género dominante en las relaciones humanas, apoyando las desigualdades basadas en el poder, lo que

resulta a su vez en las desigualdades sociales y de salud (Cifre Gallego *et al.*, 2015: 40).

Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte entre las mujeres (según la página del INE²⁷) pero aún esta circunstancia se encuentra invisibilizada, dirigiendo la prevención de las enfermedades coronarias principalmente a los varones.

El momento del diagnóstico está a veces alejado de la verdad porque los sesgos en la forma de investigar, y la docencia que han recibido los profesionales de la medicina y de la psiquiatría, los sesgos que han hecho a las mujeres invisibles para la ciencia, las han convertido en elementos inferiores en el campo de la investigación (Valls-Llobet, 2009:277).

Son interesantes en este contexto los informes de la ONU de los índices de desigualdad de género, éstos son indicadores que miden las desigualdades de género en tres aspectos importantes del desarrollo humano: la salud reproductiva, el empoderamiento y la situación económica. España está situada, en el último informe (UNDP, 2016) en el puesto 27. Desde luego, la desigualdad de género, que sitúa a las mujeres en una posición de subordinación en la sociedad, con un poder limitado sobre sus propias vidas y las de la comunidad, constituye uno de los principales obstáculos para gozar del derecho a la salud (Antolín, 1997: 13). De hecho, los problemas de salud de las mujeres son a menudo trivializados por los profesionales, encontrando que con demasiada frecuencia éstos se etiquetan como «psicológicos» sin más. Es decir, en la primera atención es mucho más probable que los síntomas de las mujeres se atribuyan a síntomas psicosomáticos o a problemas menos serios que los de los varones: es así en un 25 % de los casos (Bernstein, 1991).

Si no existe (o no se detecta) ninguna evidencia que justifique una enfermedad, se suele hablar de «psicologización» para hacer referencia a cómo ésta proviene de factores psicológicos (Wilkinson, 1996). A veces esto sucede porque el profesional no tiene suficientes conocimientos o suficientes recursos. Pero también la evaluación del médico puede estar condicionada por el género del paciente. En los manuales de medicina más

²⁷ Pueden consultarse las causas de muerte y muchos otros factores más en <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947> (acceso el 28/01/2018).

antiguos siempre se puede encontrar una descripción de las mujeres en términos como «débil», «irracional», «desequilibrada», «quejica», etc. Es como si las enfermedades de las mujeres, por defecto, fueran psicosomáticas... hasta que se demuestre lo contrario. Por lo tanto, uno de los principales obstáculos para lograr un estado de completo bienestar (físico, mental y social) es la desigualdad: no sólo influyen las características biológicas en la salud, sino también el contexto cultural, social, económico y político en el que se vive.

Diversos estudios señalan que las diferencias y desigualdades de género, junto con la posición socioeconómica, son las mayores causas de inequidades en la salud y en la provisión y la salud de los servicios sanitarios (Borrell *et al.*, 2004: 37).

Los programas y proyectos de cooperación sanitaria deberían incidir en la necesidad de adoptar una perspectiva de género y elevar la conciencia de género sobre el derecho de acceso y control de las mujeres a los servicios de salud.

Para hacer visibles los problemas de salud de las mujeres, para mejorar y ampliar la cobertura de los servicios sanitarios y de atención a la salud para que respondan a esas necesidades antes invisibles, para conseguir el acceso a las mujeres a la información y los medios para la protección y el cuidado de su salud, es necesario que las mujeres tengan capacidad de decisión sobre su salud y sobre la determinación de necesidades, el establecimiento de prioridades, la planificación de acciones, el seguimiento de programas y la evaluación de intervenciones (Antolín, 1997: 49).

Sería necesario que se usaran en las ciencias de la salud indicadores de género, que son instrumentos que sirven para medir el impacto de las acciones en la situación de las mujeres y en las relaciones entre los géneros. Algunas de las variables generales que habría que analizar para definir estos indicadores son: enfermedades que afectan a las mujeres en particular, principales causas de mortalidad femenina, acceso a los servicios sanitarios, indicadores de morbilidad, participación de las mujeres en los órganos de decisión, etc²⁸.

²⁸ En Andalucía existe una «Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes» (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015), clasificada por la propia Junta de Andalucía de «novedosa», y que se está usando en tanto que modelo a seguir para analizar la salud de las mujeres con una perspectiva de género en otras autonomías. Resulta muy positivo que estén apareciendo este tipo de documentos, aunque aún sea de un modo minoritario.

3.3.3. Sesgos y estereotipos de género

En muchos países, desarrollados incluidos, no existía hasta hace poco datos estadísticos diferenciales sobre morbilidad y mortalidad según el sexo, con lo que resultaba imposible extraer conclusiones sobre las posibles diferencias.

Hasta hace no muchos años era poco frecuente la inclusión de sujetos femeninos en los estudios clínicos aduciendo que, con la edad, presentaban múltiples problemas de salud, lo que entorpecía la investigación (Sánchez López, 2003: 4).

Así, repasando trabajos médicos al azar, podemos ver que en su mayoría:

- Las encuestas sólo se hacen a sujetos masculinos.
- En los libros de texto, sólo se citan datos relativos a la población masculina.
- Los datos de mujeres sólo aparecen citados cuando se refieren a la salud reproductiva.

Los estereotipos de género existen en todas las culturas, si bien cada cultura tiende a reinterpretarlos, lo que demuestra que las percepciones que tenemos sobre los géneros están socialmente construidas. Se perciben como verdades objetivas e influyen de forma decisiva sobre las actitudes, las creencias y las conductas. Los estereotipos de género se aprenden con la socialización, así que con tan sólo dos años un niño ya estará influenciado por éstos.

En general, las desigualdades en salud están marcadas por estereotipos de género, y sólo se superarán estas desigualdades cuando se frene la perpetuación de dichos estereotipos, se avance en el protagonismo de las mujeres respecto a su propia salud y se difundan las aportaciones en distintos temas sobre la salud de las mujeres. Además, los estereotipos de género que tengan las mujeres y hombres en nuestra sociedad afectan no sólo a los pacientes sino también a los profesionales sanitarios, esto es, a la asistencia sanitaria en general.

En cuanto a los sesgos en investigación pueden darse de distintas índoles, como cuando se seleccionan a propósito sujetos que tienen más probabilidades de generar los resultados deseados, o como cuando se realizan sistemáticamente errores, no se tienen en cuenta todas las variables posibles, y esto deriva en resultados equívocos. Dentro del

estudio de los sesgos de género en medicina, actualmente la investigación está estructurada en dos áreas básicas: el sesgo en la investigación médica y el que se produce en clínica (Ruiz-Cantero, 2007: 46-53).

Así, en la investigación médica, podemos encontrar los siguientes sesgos de género²⁹ (Valls-Llobet, 2002: 202):

- Organización sanitaria androcéntrica.
- Estereotipos de género.
- Sesgos en investigación.
- Sesgos en prevención y promoción de la salud.
- No valoración de las condiciones de vida y trabajo.
- Ausencia de investigación en morbilidad diferencial, evolución y tratamientos.

Y en cuanto a los sesgos de género que se suelen aplicar específicamente en torno a la salud femenina (Valls-Llobet, 2009: 31):

- Invisibilidad de las mujeres en la investigación y con la tendencia a aplicarles tratamientos o vacunas que no han sido investigados. Por ejemplo, se comenzó a vacunar a niñas de 11 años del papiloma humano sin haber realizado antes las investigaciones pertinentes, lo que ha causado graves problemas de salud e incluso en algunos países (como Japón), se ha llegado a prohibir la vacuna³⁰.
- Dificultad para obtener diagnósticos, sesgo en los procedimientos de exploración.
- Invisibilidad de las quejas y los síntomas.
- Tratamientos, que pasan de la asistencia a la medicalización.
- Reducciónismo de las etiologías.

²⁹ En realidad, aunque usamos el término «sesgos de género», éste tampoco es del todo apropiado, porque parecería aludir a que éstos son meras «desviaciones» de la norma, cuando en realidad forman parte de un problema absolutamente estructural.

³⁰ En España ya existe una Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma: <http://asociacion.aavp.es/index.php>.

Evidentemente, excluir sistemáticamente a las mujeres y sus problemáticas particulares de las investigaciones científicas se relaciona con la percepción que se tiene de la mujer en relación con las variaciones de la norma, representados por los varones, como hemos visto en el punto 3.3.1. La igualdad de género en salud pretende la igualdad de hecho y de derecho de hombres y mujeres e implica la eliminación de toda forma de discriminación en el ámbito de la salud generada por pertenecer a cualquier género. Así mismo, significa que los servicios de salud se ofrezcan considerando que mujeres y hombres enferman de manera diferente y responden de distinto modo a los tratamientos. De hecho, la mayoría de enfermedades que afectan a las mujeres no han sido estudiadas de forma específica como las de los hombres, y las mujeres autoperceben su salud como de peor calidad.

Uno de los ítems más eficaces en las encuestas de salud de la población es el término de «salud percibida», que es la valoración que cada ser humano hace de su propia salud. [...] Las mujeres valoran peor su salud que los hombres (Valls-Llobet, 2009: 108).

Es curioso, dentro del tratamiento de la salud de las mujeres, lo que se denomina «paradoja mortalidad/morbilidad», según la cual las mujeres viven más, pero tienen peor salud.

Para todas las edades, las mujeres autoperceben su salud peor que los hombres, considerándola como regular, mala o muy mala en un 35 % de los casos, frente al 28 % de los hombres. Estas diferencias según género se agudizan conforme aumenta la edad. En ambos sexos, la educación, los ingresos y la urbanización contribuyen positivamente a una mejor apreciación del nivel de salud (Hernández Pedreño, 2002: 248).

También podemos encontrar todos estos tipos de reduccionismos en el diagnóstico, que conducen a minimizar la mayoría de las patologías de las mujeres y a que el diagnóstico no revele lo que ocurre de verdad (Valls-Llobet, 2009: 278-291):

- Reducccionismo al considerar que los problemas de salud de las mujeres son similares a los de los hombres. (Por ejemplo, al no incluir a mujeres en los estudios clínicos.)
- Reducccionismo al creer que las mujeres están protegidas por sus diferencias. (Por ejemplo, al pensar sin ninguna evidencia que las hormonas protegen a las mujeres de los infartos de miocardio.)

- Reducción de las diferencias al ser vistas como no-hombres. (No se suelen incluir en las investigaciones de salud las relaciones de poder y los estereotipos de género.)
- Reducción etiológico sociocultural. (Hay que tener en cuenta la morbilidad diferencial en los diagnósticos.)
- Reducción reproductivo. (Reducir la salud de las mujeres sólo a la salud reproductiva, como si ésta fuera la única diferencia.)
- Reducción psicológico y/o psiquiátrico. (La mirada androcéntrica hace que se asegure que las mujeres padecen más patologías psiquiátricas sin haber analizado el porqué; por ejemplo, muchas enfermedades endocrinológicas causan cuadros ansiosos depresivos.)
- Reducción alternativo. (Las medicinas alternativas pueden acabar produciendo más mal que bien.)
- Reducción de la discriminación. (Hay que tener siempre en cuenta cómo influyen variables como la etnia, la clase social, la exposición a sustancias contaminantes, etc.)
- Reducción sociológico y de las conductas de los profesionales. (Los que elaboran el diagnóstico en la atención primaria a las pacientes están influenciados por sus propios prejuicios y estereotipos de género.)

La salud es un bien de interés público, un derecho fundamental, y lograr la igualdad entre hombres y mujeres en la salud debería ser incluido en políticas públicas de salud que la promuevan y garanticen. Así,

A movement for the reproductive health rights of women must incorporate a recognition of women's own abilities to strategize in any historical situation. International agencies or movements can assist local women in creating spaces of autonomy, in countering fundamentalist assumptions which limit access to reproductive choices and in providing the resources for education, the technologies of birth control, the funds for medicalization and employment opportunities (Baer *et al.*, 2003: 304)³¹.

³¹ «Un movimiento para los derechos de salud reproductiva de las mujeres debe incorporar un reconocimiento a las propias habilidades de las mujeres para buscar estrategias en cualquier situación histórica. Las agencias internacionales o las asociaciones pueden ayudar a las mujeres a crear espacios locales de autonomía, a argumentar contra los supuestos fundamentalistas que limitan su acceso a las

La perspectiva de género como enfoque teórico y metodológico permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, sus semejanzas y diferencias. Por ello, en el contexto de la salud, sólo teniendo en cuenta dichas características, similitudes y diferencias, se podrá garantizar el derecho a la salud comprendiendo cómo aplicarlo de manera adecuada.

Resulta ilustrativo que en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud se afirme que las desigualdades de género en salud y en la atención prestadas por los servicios sanitarios afectan a hombres y mujeres, pero perjudican en mayor medida a las mujeres no sólo por causas sociales sino también por la forma en que están organizados los servicios, razón por la que debe promoverse el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud (López Villar, 2011: 8).

Para una correcta promoción de la salud bajo una perspectiva de género, hay que tener en cuenta:

- Los aspectos culturales y las creencias de la población.
- Es más importante siempre priorizar la prevención sobre la curación, en el aspecto biológico, teniendo en cuenta la morbilidad diferencial de la que ya hemos hablado.
- Hay que tener en cuenta que los estereotipos de género siempre prevalecen a nivel psicológico, por lo que no hay que desestimar el daño que éstos pueden hacer.
- A nivel social, las mujeres tienen en general peores condiciones de vida y de trabajo, soportando dobles jornadas, con la responsabilidad del cuidado de niños y ancianos, muchas veces sin apoyo.
- Por último, en el ámbito medioambiental, existen cada vez más evidencias de cómo muchas sustancias actúan como disruptores endocrinos³², y éstos, al ser liposolubles, afectan en mayor medida en las mujeres (INSHT, 2007: 3), a causa de cómo se distribuye la grasa en los cuerpos femeninos respecto a los masculinos.

decisiones sobre su reproducción y a proveer recursos necesarios para educación, anticonceptivos, fondos para medicinas y oportunidades de empleo» (*traducción propia*).

³² Los disruptores endocrinos son un tipo de sustancia química capaz de alterar el equilibrio hormonal del cuerpo humano. Pueden encontrarse en productos cosméticos, de limpieza, e incluso en alimentos.

Por lo tanto, la atención sanitaria hacia las mujeres debe cambiarse en todos los aspectos, teniendo en cuenta la morbilidad diferencial (Valls-Llobet, 2006: 312-313):

- Biológicamente, teniendo en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres y sabiendo dirigir correctamente las medidas de prevención respecto a estas últimas.
- Psicológicamente, considerando que los estereotipos de género donde más agrede es a nivel psicológico, por lo que internalizar aunque sea a nivel subconsciente estos estereotipos supone una gran lacra para la salud: la ansiedad y la depresión surge en gran medida en las mujeres por esta lucha contra las normas impuestas que las hacen ser invisibles e inferiores desde la niñez, lo que daña gravemente la salud mental.
- Socialmente, hay que recordar que las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de los familiares, realizando dobles y hasta triples jornadas de trabajo, que a nivel social no son tenidas en cuenta, como si no tuvieran ningún valor. La sobrecarga de trabajo, a su vez, hace mella en la salud mental y física de las mujeres.

3.3.4. Tecnología y medicalización

Por último, cabe hacer una breve mención a cómo la tecnología ha aumentado la medicalización en general. Una de las formas fundamentales de legitimar los discursos en medicina es precisamente a través de los avances tecnológicos. Así, podemos observar cómo «el bienestar y los deseos de los individuos se han sacrificado gradualmente en aras de los intereses burocráticos y profesionales, adquiriendo la tecnología más importancia que las necesidades de los individuos» (Huntingford, 1978: 8).

En efecto, y concretamente en el tema del seguimiento del embarazo y el parto, el interés se ha desplazado de la madre a los distintos elementos tecnológicos que debían servir únicamente como apoyo (por ejemplo, el ecógrafo). Antes las madres relataban cómo se sentían para que los profesionales de la salud supieran cómo estaba prosperando el embarazo. Ahora, sin embargo, no importa lo que diga la madre, porque no es «objetivo», no es «científico»... como sí lo son el ecógrafo, el monitor cardíaco o el doppler.

Si hasta hace unas pocas décadas apenas se realizaba un pequeño seguimiento del embarazo, hoy el desarrollo de tecnologías de observación y las posibilidades de intervención durante el período de gestación se han incrementado de forma notable. Y, paradójicamente, esta posibilidad de vigilar e intervenir conlleva que, más que nunca, la gestación se perciba como un proceso que en cualquier momento puede adquirir el carácter de patología (Imaz, 2010: 176).

Es interesante el trabajo de la antropóloga Brigitte Jordan (1997), quien ha analizado cómo la mayoría de las mujeres que pasan por partos hospitalarios relatan que no se las tuvo en cuenta hasta que el médico confirmara lo que éstas decían. Por ejemplo, si una mujer expresaba sus deseos de empujar, no podía empezar a hacerlo hasta que obtuviera el beneplácito del médico: sólo mediante la confirmación de los síntomas por parte del personal médico se les otorga a éstos el «visto bueno». También se observa cómo existe un evidente desplazamiento de las sensaciones de la mujer gestante o parturienta en cuanto a las máquinas: el ecógrafo es quien tiene la potestad de ofrecer un diagnóstico neutral, objetivo, mientras que las sensaciones de las mujeres son absolutamente ignoradas, e incluso recondicidas para adaptarse a las máquinas y no al revés. Este paradigma tecnocrático convierte el parto y el nacimiento en el «[...] producto de una cadena fabril, donde hay tiempos estipulados, procesos, sustancias, bien planificadas, de las que no se puede escapar, para que el producto final, que es el bebé, sea de buena calidad» (Fornes, 2014).

Así, en los partos hospitalarios, tecnicalizados, se sustituye la simbiosis de dos miembros activos (madre-bebé) por la de bebé-máquina, siendo ahora la máquina el elemento activo, el que aporta la información supuestamente relevante, el que «traduce» el feto al único lenguaje que el personal sanitario está dispuesto a escuchar. De ese modo las sensaciones e intuiciones de la madre, que queda como un ente pasivo, se ven ignoradas, relegadas, y dejadas de lado.

Il processo di medicalizzazione del parto appare nella sua complessità se letto attraverso delle categorie di analisi che tengano in conto delle trasformazioni delle rappresentazioni del corpo femminile (Arena, 2014: 90)³³.

³³ «El proceso de medicalización del parto aparece en toda su complejidad si se lee a través de las categorías de análisis que tengan en cuenta las transformaciones de las representaciones del cuerpo femenino» (*traducción propia*).

3.4. ACTIVISMO Y ASOCIACIONES ESPAÑOLAS

En España están apareciendo diversas asociaciones, que vamos a ver a continuación, cuya meta es reivindicar la inclusión de una legislación específica para penalizar la violencia obstétrica, así como fomentar la atención respetuosa con las mujeres y sus bebés mediante una labor, tanto informativa como formativa, para usuarias y profesionales.

Gracias a la presión de estas asociaciones, al reciclaje de profesionales teniendo en cuenta las nuevas evidencias científicas, al aumento de conocimiento entre usuarios del sistema de salud, y sobre todo al empoderamiento gradual de las mujeres, la atención sanitaria está mejorando en España, aunque aún le queda mucho camino por recorrer. El primer estudio sobre la evolución de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, elaborado en 2011 y revisado en 2015, y del que podemos leer más en los resultados de la etnografía, muestra que, a pesar de la recomendación, en el 53 % de los partos de inicio espontáneo aún se administra oxitocina durante la dilatación —algo que sólo se aconseja en el 10 % de los casos—, y en el 42 % se practica la episiotomía, aunque sólo se recomienda en el 15 % de los partos. Así, hay que seguir luchando por:

- Fomentar una buena comunicación entre profesionales y pacientes, basada en la igualdad y en el respeto.
- Normalizar la incorporación de los planes de parto como una práctica destinada a favorecer dicha comunicación.
- Realizar campañas de sensibilización social en favor de un parto más humanitario y sin ningún tipo de violencia.
- Abrir un diálogo constructivo entre los diversos colectivos, tanto de usuarias como de profesionales, para lograr alcanzar esa meta común: la mejora en las relaciones.
- Ofrecer propuestas de mejoras en la atención al parto en la línea de trabajo que se inició en 2007 con la formulación coparticipada de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*.

- Incluir propuestas legislativas para penalizar la violencia obstétrica, como otros países ya han hecho (como Argentina o Venezuela, como hemos analizado en el segundo capítulo), tipificándola como un tipo de violencia de género que hay que erradicar.

Veamos cuáles son las asociaciones más importantes y qué modo de trabajar tienen.

3.4.1. El Parto Es Nuestro (<http://www.elpartoesnuestro.es/>)

Creada en 2003, es una asociación sin ánimo de lucro y la referencia indiscutible para apoyar e informar a las mujeres respecto al embarazo, parto y postparto. Su intención inicial fue proveer de apoyo psicológico a las víctimas de violencia obstétrica y partos traumáticos, aunque fue ampliando su cometido a la información, que es la base de todo: más vale prevenir que curar. Se trata de que se comprenda que el modelo actual de atención al parto no se sostiene, está desaconsejado por las principales organizaciones médicas como la OMS, y que en los países donde la atención al parto es mucho más respetuosa, los beneficios son mucho mayores a todos los niveles.

Además, EPEN ha colaborado en la redacción de la *Estrategia de Atención Al Parto Normal*, guiándose siempre por la máxima de que los partos han de estar mínimamente intervenidos, que pertenecen a las parturientas y por lo tanto ellas son quienes deben decidir, y que se trata de actos sexuales, íntimos, y como tales han de ser respetados al máximo.

Organiza reuniones periódicas en distintos puntos de la geografía española, y se mantiene a base de donaciones y de las cuotas de sus socios, entre los cuales cuenta con usuarios y profesionales de todo el territorio. Contiene además un grupo específico llamado *Apoyocesáreas* para atender a las mujeres víctimas de cesáreas traumáticas y una web denominada *episiotomia.info* donde se informa de las consecuencias de la episiotomía, y otra llamada *quenoosparen.info*, donde se informa del beneficio de la no-separación de la diáda mamá-bebé en el postparto inmediato, amparado en artículos científicos. Por último, es responsable de la creación hace pocos años de un *Observatorio de Violencia Obstétrica* (noviembre de 2014), cuyo objetivo principal es

recoger los casos de violencia obstétrica en España, realizar un informe anual sobre éstos (el último informe es del 2017, referido al año 2016), y ponerlos en conocimiento de las instituciones sanitarias, tanto nacionales como internacionales.

3.4.2. Dona Llum (<http://www.donallum.org/>)

La Associació Catalana per un Part Respectat Dona Llum tiene su sede en Cataluña, y está constituida por usuarios y profesionales del sistema de salud. Su objetivo principal es mejorar la atención a las mujeres en el embarazo, el parto y el postparto en todo el territorio catalán. Reivindica que los nacimientos son momentos cruciales y que por ello afectan a toda la sociedad, por lo que han de tratarse con un absoluto respeto. También ofrece apoyo psicológico a las mujeres que han pasado por partos traumáticos, así como apoyo jurídico para quienes quieran iniciar acciones judiciales por violencia obstétrica. Se trata de conseguir un cambio en la legislación actual y que la sanidad pública sea capaz de ponerse en materias de atención al embarazo y el parto en los mismos niveles que países europeos como Inglaterra, Holanda o Suecia.

Cuenta con diversos grupos de apoyo que realizan reuniones periódicas, organiza actividades formativas, charlas y debates, entre otras cosas. Es una asociación sin ánimo de lucro, constituida por voluntarios, y que se mantiene sólo a base de donaciones y cuotas de los socios.

3.4.3. Plataforma Pro Derechos del Nacimiento (<http://pdn.pangea.org/>)

Plataforma formada por diversas asociaciones, tanto de madres y padres como de profesionales y de centros de orientación infantil, que creen en una nueva cultura del nacimiento, para proporcionar a los bebés una mejor bienvenida a la vida.

Su objetivo principal es conseguir que en los hospitales se respeten las recomendaciones de la OMS, del Ministerio de Sanidad y de la propia SEGO. Varias comunidades (Andalucía, Cataluña, Extremadura, Galicia, País Vasco, Murcia...) ya han elaborado protocolos propios en relación al parto/nacimiento fisiológico, consciente, y respetando los derechos del bebé y la madre. También es responsable de la web informativa

elimpactodenacer.pangea.org, donde se da a conocer el impacto del nacimiento en el desarrollo de la psique y el bienestar futuro del recién nacido.

3.4.4. Asociación Nacer en Casa (<http://www.nacerencasa.org/>)

Asociación de profesionales que trabajan en favor de recuperar el nacimiento domiciliario como una alternativa segura y más respetuosa con los ritmos del parto. Desde 1988, su objetivo es dar a conocer el parto domiciliario como modelo asistencial válido, fomentando también el cuestionamiento del modelo asistencial imperante. Por lo tanto, se trata tanto de normalizar el parto domiciliario como de contribuir a mejorar las condiciones del parto hospitalario. En esta asociación se encuentra aproximadamente el 90 % de los profesionales de asistencia al parto domiciliario (ginecólogos, matronas).

3.4.5. Estrategias del activismo contra la violencia obstétrica

Actualmente, por medio de las asociaciones anteriormente descritas, y sobre todo gracias a las redes sociales, hay diversos frentes abiertos para luchar contra la violencia obstétrica. Veamos algunos de ellos:

- Del 19 al 25 de mayo se celebra a nivel internacional la semana mundial del parto respetado. Para ello, suelen organizarse marchas, mesas informativas y actividades lúdicas, para dar a conocer los beneficios del parto humanizado y la problemática del intervencionismo excesivo.
- Internet es la plataforma absoluta en la unión, cohesión e impulso de nuevas iniciativas por todo el mundo, campañas en las redes sociales, información a futuros padres, información a madres embarazadas, etc. Por ejemplo, tras la publicación de las polémicas viñetas de la SEGO en 2011 (éstas se publicaban en la gaceta electrónica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, y mostraban una imagen degradante de las mujeres), se organizó por internet la llamada «revolución de las rosas», con la que se consiguió que dichas viñetas fueran retiradas.
- Existencia de grupos presenciales de apoyo al embarazo, parto, crianza y procesos traumáticos (grupos de duelo tras un aborto, grupos de víctimas de

violencia obstétrica, etc.). Dichos grupos suelen ser gratuitos y abiertos a quienes estén interesados.

- Presión desde las asociaciones para conseguir cambios en las legislaciones relacionadas.
- Cambios laborales con la existencia de nuevas profesiones: doulas, salus, asesoras de lactancia, asesoras de porteo, etc... Dichas nuevas profesiones intentan llenar un hueco, cubrir varios ámbitos que están hoy por hoy bastante descuidados (ver apartado 5.5.2).
- Cursos de preparación al parto natural, enfocados a las mujeres como protagonistas y parte activa del parto en vez de como meros contenedores que sólo han de recibir órdenes de los profesionales.
- Iniciativas artísticas, como «Puja violencia obstétrica», grupo de artistas audiovisuales que organizan exposiciones y proyecciones de denuncia y que invitan a la reflexión. Se trata de un grupo argentino pero colabora con mucha frecuencia con España.

Una vez analizado el contexto que rodea el nacimiento, el parto y la asistencia de éste, en el siguiente capítulo seguiremos adentrándonos en estas cuestiones, pero ahora más específicamente desde un punto de vista biológico, antropológico y cultural: ¿por qué de entre todos los animales las hembras humanas necesitan atención en sus partos? ¿Qué son la etnobstetricia y la antropología del nacimiento? ¿Qué papel tiene la medicina hegemónica en todo esto, y por qué los feminismos reivindican partos respetados?

IV. HACIA UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

O sea, ella me tiró del cordón y me noté que me la arrancaba de dentro, o sea, noté un dolor increíble, mucho más doloroso que cualquier otro momento del parto, cuando ella me estiró la placenta, y lo recuerdo como... yo ya estaba con mi niña encima, y llorando de dolor, no de emoción ni nada. De dolor. Sólo esperó cinco minutos para sacar la placenta desde que nació mi hija.

«Bea», madre de una hija

Vamos a analizar en este capítulo el entramado antropológico y biológico que rodea al acto del nacimiento y a la asistencia de éste. Para ello, comenzaremos acercándonos a la antropología del género, a la antropología de la salud y a cómo ambas convergen, para lo cual nos fijaremos especialmente en el área de la etno-obstetricia y la antropología de la reproducción y del nacimiento. Después de eso, analizaremos por qué en las hembras humanas es necesaria la asistencia en los partos, qué nos hace diferente a las otras hembras mamíferas que pueden parir solas. Por último, cerraremos este apartado con unas estadísticas de los centros hospitalarios españoles, para comprender cuál es el grado actual de medicalización de los partos.

4.1. ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y ANTROPOLOGÍA DEL GÉNERO: ¿DÓNDE SE ENCUENTRAN?

4.1.1. Breve historia de la antropología médica

La antropología de la salud, o antropología médica³⁴, estudia los sistemas médicos y las dimensiones culturales de la salud y la enfermedad. Las diferentes etnografías que se han realizado en el marco de la antropología médica resultan un acercamiento a la percepción de la salud y la enfermedad en distintas culturas, haciendo hincapié en cómo los aspectos socioculturales influyen decisivamente en dichas percepciones.

Podemos hablar de tres épocas sucesivas en el desarrollo de la antropología médica:

- **Años 30, 40 y 50.** En estas dos décadas se establecen los cimientos de lo que luego se denominará *medical anthropology*. Así, podemos encontrar algunos estudios etnográficos comparativos de sistemas médicos primitivos, que analizan las visiones ritualizadas y mágicas del mundo. En este contexto destaca la obra pionera *Medicina, magia y religión* (1924) del antropólogo, neurólogo y psiquiatra Williams Rivers, que estudió psicología experimental y fisiología. A raíz

³⁴ N. A. Scotch (1963) llamó «medical anthropology», término que solemos traducir como «antropología médica», a un estado de la producción antropológica sobre la salud y la enfermedad. Otros términos que se han empleado son «antropología de la salud» o «antropología de la enfermedad», para designar a los procesos sociales y las representaciones culturales de la salud, la enfermedad y las prácticas de asistencia.

de esa obra, otros estudios comenzaron a incidir en aspectos relacionados con la antropología médica: por ejemplo, William Mc Dougall estudió la sensibilidad táctil de los isleños del Estrecho de Torres y Charles Seligman investigó la medicina de los nativos de estas mismas islas, así como sus patologías locales. Además, a partir de los años 30 se inició el movimiento llamado «cultura y personalidad», mediante el cual diversos profesionales tanto de la salud mental (psiquiatras, psicólogos) como de la antropología analizaron la influencia de la cultura sobre la personalidad de los individuos. Entre estos estudios destacan los trabajos realizados por la antropóloga Ruth Benedict, en especial sus investigaciones orientadas hacia el concepto de anormalidad en relación con los valores culturales y los modos en que cada sociedad define la normalidad.

También cabe resaltar dentro de esta época cómo, a raíz de la segunda guerra mundial, el gobierno de EEUU intentó desarrollar un movimiento de salud pública internacional cuyo objetivo era llevar sistemas sanitarios a países no occidentales. Esto terminó en auténtico fracaso, por la sencilla razón de que «if you wish to help a community to improve its health, you must learn to think like the people of that community»³⁵ (Paul, 1955: i). En este periodo nos encontramos con un auge de la etnociencia y de la etnomedicina, donde se tiende a buscar una perspectiva *emic*. En efecto, el conocimiento médico no puede exportarse sin más, puesto que forma parte de un marco cultural más amplio que hasta entonces no había sido tenido en cuenta. A partir de los años 50, por fin, podemos establecer el comienzo de la antropología médica, ya que es entonces cuando empieza a definirse como una ciencia independiente de la sociología o la historia, apartándose poco a poco de la imagen idealizada de la biomedicina (la medicina occidental, hegemónica, científica y no mágica) como monopolizadora y como única respuesta ante las enfermedades. Además, es en los años 50 cuando se desarrolla el *Health Belief Model* (HBM) por psicólogos sociales del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos. Este modelo es un intento de explicar y predecir los cambios de comportamiento asociados con la salud, en particular en lo que se refiere a la utilización de los servicios de salud.

³⁵ «Si quieres ayudar a una comunidad, tienes que aprender a pensar como la gente de dicha comunidad» (*traducción propia*).

Es decir, se trata de un modelo que se construye a partir de una valoración subjetiva que se tiene sobre una expectativa determinada (*value expectancy*): la valoración será el deseo de evitar la enfermedad mientras que la expectativa será la creencia de que una acción determinada prevendrá o mejorará el proceso (Soto Mas *et al.*, 1997: 338). El *HBM* consistiría en tres premisas: creer o percibir que cierto problema es lo suficientemente importante o grave como para tenerlo en consideración, sentirse vulnerable a dicho problema, y creer o percibir que la acción a tomar produciría un beneficio a un coste personal aceptable (*ibíd.*).

- **Años 60 y 70.** Comienza a usarse por fin el término *medical anthropology*, fundándose en el año 1968 la Sociedad de Antropología Médica en EEUU. En esta época surge el realismo etnográfico estructural funcionalista, que supone una crítica al etnocentrismo y una ruptura con la idealización de la biomedicina, a la que se acusó de reduccionista, de imponerse como sistema médico dominante sin tener en cuenta las características sociales y culturales de las distintas poblaciones. Porque en el mundo hay unos 5.000 millones de individuos que no utilizan ningún remedio de la biomedicina y que no los utilizarán jamás debido, entre otros factores, a la pobreza, el género, la sociedad, la cultura, la accesibilidad, la discriminación, el racismo, etcétera. En caso de enfermedad, el 80 % de los habitantes del planeta recurren a remedios de la medicina local con el fin de satisfacer sus necesidades primarias de salud (Farnsworth y Soejarto, 1989: 25). ¿Cómo no tener en cuenta entonces que la inmensa mayoría de la humanidad no se pone en manos de la medicina hegemónica jamás? En este período son de vital importancia las investigaciones de Goffman (que exploró la existencia de rituales sociales en los servicios de salud biomédicos, quizás su obra más famosa sea el estudio *Internados*, sobre la situación de los enfermos mentales), Gusfield (que trabajó especialmente sobre los rituales que las sociedades desarrolladas actuales organizan en torno al consumo de alcohol, siendo su obra más conocida *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*), Sudnow (analizando hospitales para enfermos terminales, en *La organización social de la muerte*) y Antonovsky (investigando la desnutrición en familias pobres, en su artículo «Social class, life expectancy

and overall mortality»). En este período la antropología se centra en las creencias no occidentales y excluye la atención sanitaria y las desigualdades sociales sobre las minorías, así como las políticas internacionales que causan el subdesarrollo. Por lo tanto, ignora las relaciones de poder, las causas de la pobreza, etc.

- En los **años 80**, no podemos dejar de mencionar el trabajo de Arthur Kleinman (psiquiatra y antropólogo de la universidad de Harvard), que define el sistema médico como un sistema cultural. En su obra más importante, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, intenta estudiar las relaciones entre antropología, psiquiatría y medicina, para lo cual propone unos modelos explicativos para establecer las nociones a través de las cuales se inscribe un episodio de enfermedad en todos los actores (enfermo, familia, profesionales) involucrados dentro de un proceso clínico. Con la idea central del relativismo cognitivo y cultural de la enfermedad, y con el concepto fundamental de la empatía, expone cómo los médicos deberían esforzarse en profundizar en la experiencia de enfermedad del paciente y su familia.
- **Actualidad.** Cabe destacar cómo, de un tiempo a esta parte, proliferan las investigaciones etnográficas en contextos no occidentales. Como consecuencia directa de la crítica al etnocentrismo y a la biomedicina, las investigaciones etnográficas en contextos fuera de la medicina hegemónica suponen una ampliación del estudio del pluralismo médico, esto es, de la coexistencia dinámica de diversos tipos de medicina dentro de un mismo contexto socio-cultural. Esta visión continúa nutriendo la oposición cartesiana dualista biología-cultura. Tampoco se puede ignorar la emergencia de la **antropología médica crítica**, que pone el foco de atención en las actividades sociales y culturales destinadas a resistir a la medicalización y la invasión de formas hegemónicas de ejercer la medicina.

La antropología médica, por lo tanto, es una disciplina aún muy joven, por lo que todavía tiene mucho que decir y mucho que analizar: mediante la medicina podemos

comprender cuáles son las características de las culturas dominantes. Las áreas en las que actualmente está trabajando la antropología médica son, entre muchas otras: temas sobre el derecho a la salud, temas de salud sexual y reproductiva, análisis de la medicinas locales, cuáles son las formas y estructuras del sistema sanitario en las diversas sociedades, cómo implementar la asistencia sanitaria en los países más pobres (en este contexto resultan de gran utilidad los antropólogos dentro de las ONGs y otras organizaciones de cooperación y ayuda al desarrollo), cómo realizar la integración de los distintos sistemas médicos, o cómo ofrecer asistencia médica apropiada a pacientes inmigrados a países occidentales. Además, puede ayudar a determinar las tasas específicas de las enfermedades (sus distribuciones según edad, género y clase social etc.) y sus componentes sociales y culturales. La especie humana existe precisamente porque ha sabido superar con éxito los problemas médicos y de alimentación, y no podemos entender las enfermedades fuera de la cultura de una población: «en antropología médica se parte de la tesis de que no sólo existe una tendencia universal a curar la enfermedad sino a entenderla» (Kenny y De Miguel, 1980: 24).

4.1.2. El modelo médico hegémónico

Eduardo Menéndez³⁶ (1992) distingue tres modelos de salud:

- Modelo médico hegémónico: el propio de la biomedicina, es puramente biológico y no multidimensional.
- Modelos alternativos subordinados: donde se integran las prácticas que normalmente se denominan «tradicionales».
- Modelos de autoatención médica: la propia persona o personas cercanas atienden la salud, sin que intervenga un profesional.

En la mayoría de los países occidentales el sector sanitario está dominado por la medicina biomédica, que será el único modelo médico legal, «un modelo médico único, monopolístico, con mucho poder, medicalizado, universitario, uniforme, burocratizado, poco democrático, e internacional» (Kenny, 1980: 32). Así, ha permanecido durante siglos en el ámbito de las ciencias sociales un enorme sesgo etnocéntrico dentro del

³⁶ Existen otras divisiones, como la propuesta por Stolkiner (1987), que distingue tres paradigmas de atención a la salud: el liberal, el tecnocrático-normativo y el participante integral.

estudio de la medicina y los sistemas sanitarios consistente en creer que «el conocimiento médico occidental representa el culmen del progreso del conocimiento racional aplicado a la medicina, y además el último eslabón en una cadena de modernización lineal» (*Ibid.*, 1980: 25).

Este paradigma sanitario puede denominarse biomedicina, medicina hegemónica, o medicina alopática, que contrapone salud a enfermedad y que se centra en la identificación de síntomas y posibles tratamientos:

In attempting to distinguish the Western medical system that became globally dominant during this century from alternative systems, social scientists have employed a variety of descriptive labels, including regular medicine, allopathic medicine, scientific medicine, modern medicine, and cosmopolitan medicine. Following Comaroff (1982) and Hahn (1983), most medical anthropologists have come to refer to this form of medicine as «biomedicine» (Baer, 2003: 11)³⁷.

Dicho sistema médico hegemónico se basa en las denominadas «presunciones de científicidad» de la biomedicina, de las cuales podemos destacar, entre otras (Martínez Hernández, 1996):

- Definir la enfermedad como desviación de una norma biológica.
- Pensar que sólo existe una única causa en las enfermedades.
- Creer que las enfermedades son universales.
- Asumir que la teoría y la práctica de la biomedicina son totalmente neutrales.
- Separar lo natural de lo social como factores independientes.

A causa de las presunciones de científicidad, se legitima la supuesta superioridad de la biomedicina, cuando en realidad...

... Se considera que la hegemonía de la también llamada medicina occidental, científica o alopática, tiene menos que ver con progresos técnicos que con estrategias corporativas llevadas a cabo por los profesionales médicos en los dos últimos siglos (Esteban, 2003: 27).

³⁷ «En un intento para distinguir el sistema médico occidental que se convirtió en globalmente dominante durante este siglo sobre los sistemas alternativos, los científicos sociales han empleado una variedad de etiquetas descriptivas, incluyendo medicina regular, medicina alopática, medicina científica, medicina moderna y medicina cosmopolita. Siguiendo a Comaroff (1982) y Hahn (1983), la mayor parte de antropólogos médicos han terminado refiriéndose a este tipo de medicina como *biomedicina*» (*traducción propia*).

Así, y recordando nuevamente a Foucault, desde una perspectiva biopolítica, el Estado actúa a través de la medicina como institución con reconocimiento y poder de intervención sobre los cuerpos (Foucault, 2003: 97). De ese modo, el poder de las alianzas estratégicas de los distintos organismos del Estado y el de las farmacéuticas, han excluido cualquier otra alternativa ajena a la biomedicina, mediante el uso de la medicalización de la sociedad basándose en la supuesta universalidad de la medicina, que sirve para sustentar el propio modelo médico hegemónico: se trata de un círculo vicioso y sistematizado del que es muy complicado escapar.

En la actualidad los sistemas sanitarios de los países industrializados giran en torno al modelo de una elevada profesionalización del «arte» de curar (del médico) y de una alta tecnificación de la práctica sanitaria (el hospital). La profesión médica burocratizada domina el sector, hace de juez, dicta normas para toda la población, y mantiene el monopolio de la definición de lo que es la enfermedad y su tratamiento (Kenny, 1980: 34).

Porque la biomedicina cae, por su etnocentrismo y sus presunciones de científicidad, en un auténtico reduccionismo que separa «*the body from the nonbody*» (Baer, 2003: 12): nos dice qué es la salud y qué es la enfermedad y qué individuos pueden entrar en uno u otro grupo. Además, la medicina hegemónica es la causa de lo que se ha venido llamando «medicalización», de la cual hablaremos con más detalle en el siguiente capítulo.

Biomedicine has fostered a process that many social scientists refer to as *medicalization*. This process entails the absorption of ever-widening social arenas and behaviors into the jurisdiction of biomedical treatment through a constant extension of pathological terminology to cover new conditions and behaviors (*Ibid.*, 2003: 14)³⁸.

La medicalización excesiva de las mujeres en todas las etapas de sus vidas es un ejemplo de cómo actúa la biomedicina y de sus mecanismos de control social, como ya hemos visto en el apartado 3.3.2, en este caso con la variable del género añadida, lo que la vuelve doblemente intrusiva respecto al caso de los pacientes varones.

Afortunadamente, se están realizando cada vez más esfuerzos para que la medicina resulte menos autoritaria y más holística, donde los tres modelos de salud que distingue

³⁸ «La biomedicina ha albergado un proceso que muchos científicos sociales denominan *medicalización*. Este proceso conlleva la absorción de áreas sociales y comportamientos que crecen constantemente dentro de la jurisdicción del tratamiento biomédico mediante una constante extensión de terminología patológica para cubrir nuevas condiciones y expectativas» (*traducción propia*).

Menéndez puedan convivir de un modo incluyente, armónico, y así las personas sean capaces de responsabilizarse de su propia salud y participar en las decisiones, no delegando ya todo el poder a la autoridad médica, y volviendo al lado más humano de la ciencia médica.

Paradójicamente, el considerable avance tecnológico y científico de la medicina en el siglo XX hizo olvidar durante algunos años sus aspectos más sociales y comunitarios, a los que está volviendo últimamente (Kenny, 1980: 12).

David Werner (1980) nos habla de seis criterios que nos dan una idea más que certera de a dónde se han dirigido las ciencias sociales en su relación con la medicina:

- El cuidado de la salud no es sólo un derecho de todos, sino una responsabilidad de todos.
- El capacitar más a cada persona para que cuide su propia salud debe ser la meta principal de cualquier actividad o programa de salud.
- Si recibe información clara y sencilla, la gente puede evitar y tratar en casa los problemas más frecuentes de salud: más pronto, más barato, y muchas veces mejor a como lo hacen los médicos.
- Los conocimientos médicos no deben ser un secreto guardado entre pocas personas, sino que se deben compartir entre todos.
- Las personas con pocos estudios son tan responsables e inteligentes como las personas con estudios superiores.
- El cuidado básico de la salud no debe ser entregado desde afuera, sino que ha de ser promovido dentro de la comunidad.

Así, si conseguimos escapar del punto de vista etnocéntrico, veremos que la medicina hegemónica no es sino un sistema de salud más, y que por lo tanto no puede concebirse como la única autoridad en la materia, máxime cuando no tiene en cuenta las características culturales de los individuos que trata (es un grave error no ser conscientes de factores como que lo que se considera «normal» en una cultura quizás no lo sea en otra, o ignorar que existen enfermedades que sólo se dan en determinadas culturas, por ejemplo). Lo ideal sería una versión holística, que considere transversalmente una síntesis biocultural de factores (biológicos, psicológicos, socioculturales, étnicos, de género, etc.), al contrario de lo que sucede la biomedicina,

que ofrece una versión fragmentada de la salud y la enfermedad, mostrándolas como verdades absolutas dentro de su paradigma científico y supuestamente indiscutible.

4.1.3. La antropología del género es una disciplina reciente

Como las primeras generaciones de etnógrafos estaban formadas primordialmente por hombres, éstos sólo buscaron la voz de los varones nativos, por lo que no se preocuparon de obtener el punto de vista femenino en sus estudios, subestimando a menudo la fuerza de las mujeres, o como mucho, viéndolas únicamente en tanto que madres. Las mujeres tienen sus propias ideologías de género, que sólo han empezado a interesar a la antropología desde el auge de los feminismos en los años 70. Desde luego, resultaría necesario que todo aquel que ejerce la antropología reflexionara no sólo sobre las bases en las que ésta se asienta, sino también que se cuestionara a sí mismo en tanto que integrante de una cultura que no es neutral ni objetiva, y que está construida en torno a un concepto muy específico –androcéntrico, patriarcal– del género.

Podemos remontarnos hasta el célebre libro *Vindicación de los derechos de la mujer*, de Mary Wollstonecraft (1772), que aunque no puede clasificarse de antropológico como tal, sí que sentó las bases del análisis de los modos de reproducción, matrimonio, virginidad y crianza de los niños del mundo occidental. A partir de ahí, en 1877, el antropólogo Lewis Henry Morgan organizó una gran cantidad de datos respecto a las reglas de los matrimonios en diversas partes del mundo. Marx y Engels se valieron de los datos de Morgan para explicar cómo las mujeres están subordinadas a causa del desarrollo del capitalismo.

La antropología de género es relativamente reciente, dentro de ésta hay antropólogas que comenzaron a interesarse por las vidas de las mujeres y por cómo en las distintas culturas los roles de género podían ser diferentes: Margaret Mead, Phyllis Kaberry, Mary Smith o Audrey Richards, entre otras, observaron en los años 30 muchas lagunas respecto a las mujeres estudiadas. Así comenzó la antropología de género, con estudios sistemáticos sobre género o sobre cómo se construía la identidad sexuada. Cabe resaltar el trabajo decisivo, a principios del siglo XX, de Margaret Mead, que trajo el debate de las diversas masculinidades y feminidades dependientes de sus culturas, así como de cómo la sexualidad resulta algo tremadamente flexible.

Mead en sus investigaciones basadas en distintas culturas destacó el hecho de que los roles y atributos relacionados con las mujeres pueden variar de unas sociedades a otras, y que lo que en un lugar se considera femenino (como la capacidad de cuidar, la ternura...) puede estar asociado en otro a los hombres, o al contrario, o no darse una diferenciación tan radical entre unos y otras (Esteban, 2003: 23).

De hecho, en las distintas culturas varía las formas de explicar las diferencias corporales entre hombres y mujeres, entre ellas su contribución a la procreación: no hay en todas una separación tan dicotómica y hierática. Comparando a los nativos de Nueva Guinea de tipo Arapesh (donde sólo existe un género, el asociado a Occidente a «lo femenino»), los Mundugumor (donde sólo existe un género, el asociado en Occidente a «lo masculino») y los Tchambuli (que presentan una inversión: los varones se adscriben a lo que en Occidente se interpreta como «lo femenino» y las mujeres como «lo masculino»), observó cómo el género es una construcción absolutamente cultural. Y esto es importantísimo, porque estableció el debate, en una época que daba por supuesta la correspondencia entre sexo y género, sobre cómo lo que consideramos una división «natural» no es tal, sino que se trata de una división cultural que se intenta justificar por un supuesto orden natural, inamovible, de las cosas, que no es sino patriarcado teñido con una supuesta científicidad (Mead, 2006).

En los años 70, de la mano del movimiento feminista, las mujeres irán cobrando cada vez más protagonismo. Así, la antropología de género se ocupó de investigar por qué la opresión a las mujeres es universal, de recoger nuevos datos sobre las mujeres y de revisar los datos que ya existían pero con una reinterpretación que incorporase la visión femenina (es decir, se realizó una relectura de textos clásicos antropológicos demostrando cómo éstos no habían tenido en cuenta los puntos de vista de las mujeres). Sherry Ortner, de la que ya hemos hablado en el anterior capítulo, ofreció una interesante teoría: si en prácticamente todas las culturas las mujeres ocupan un estrato inferior, si son «el segundo sexo», que diría Simone de Beauvoir, es porque éstas son consideradas como más cercanas a la naturaleza; así, los hombres serían la cultura, la civilización que domina a la naturaleza.

Returning now to the issue of women, their pan-cultural second-class status could be accounted for, quite simply, by postulating that women are being identified or symbolically associated with nature, as opposed to men, who are identified with culture. Since it is always culture's project to subsume and

transcend nature, if women were considered part of nature, then culture would find it «natural» to subordinate, not to say oppress, them. (Ortner, 1974: 73)³⁹.

Al igual que con la dicotomía naturaleza-cultura, la antropóloga Michelle Rosaldo ha trabajado sobre la dicotomía lo público-lo privado, siendo el primero el ámbito masculino y el segundo el femenino. Las mujeres quedarían relegadas al hogar, a la crianza de los niños, a las actividades domésticas. Los varones, al ámbito de lo público, que es donde se ejerce el poder, donde se toman las decisiones importantes. En cualquier caso, el trabajo doméstico, el trabajo de los cuidados, está normalmente peor valorado que el trabajo en el ámbito «público».

En los años 80, los trabajos sobre relativismo cultural con una perspectiva de género resultan de vital importancia: así, los feminismos que pueden ejercerse en Occidente no tienen nada que ver con los feminismos africanos, por ejemplo. No puede hablarse de cómo es «la mujer» porque no existe como tal: lo que existe son «las mujeres», y aunque es un colectivo no homogéneo, sí es un colectivo que estadísticamente se ha llevado la peor parte: sus contribuciones siempre se ven menos importantes, ocupan menos posiciones de poder, y tienen un acceso menor a los recursos: la feminización de la pobreza es un fenómeno que va en aumento (Tortosa, 2001).

En los años 90, se ha destapado cierta tensión entre supuestas «grandes teorías» que tratan de explicar fenómenos comunes a todas las mujeres y la necesidad de etnografías que explican cómo viven mujeres concretas en sus contextos culturales, trabajando con subjetividades, con vivencias, con historias de vida.

Actualmente, la antropología suele incorporar transversalmente todos los temas de género en las etnografías realizadas. Las relaciones entre feminismos y antropología son imprescindibles, en este contexto, para que se sigan analizando las relaciones de género en las sociedades en tanto que relaciones de poder. La antropología del género invita a reflexionar sobre la necesidad de volver a pensar ciertas nociones y teorías que hemos

³⁹ «Volviendo ahora al asunto de las mujeres, su estatus pan-cultural de segunda clase podría ser la causa de, simplemente, al postular que las mujeres han sido identificadas o asociadas simbólicamente con la naturaleza, en oposición a los hombres, que están identificados con la cultura. Dado que siempre es un proyecto de la cultura el incorporar y trascender a la naturaleza, entonces la cultura encontraría como algo "natural" el subordinarlas, por no decir oprimirlas» (*traducción propia*).

dado por supuestas, pero que se han construido sobre estructuras sociales patriarcales que no tenían en cuenta la gran diferencia entre los conceptos de género y sexo.

Las distintas sociedades han construido socialmente una serie de paradigmas para legitimar el control del cuerpo y la sexualidad de las mujeres cuyo último fin es la sumisión, la docilidad y la obediencia del conjunto de las mujeres bajo parámetros de dominación claramente patriarcales (Martín Casares, 2006: 248).

4.1.4. Intersecciones entre la antropología médica y la antropología del género

Poco a poco, también la antropología médica ha ido adoptando una mayor perspectiva de género: existen cada vez más estudios desde la antropología que se intentan acercar a la salud con un enfoque de género. Así, introducir un enfoque de género en la antropología médica tiene como objetivo sobre todo el ofrecer modelos que expliquen las desigualdades en salud en función del sexo biológico de las personas. Los hombres y las mujeres enferman y mueren de diferente manera, y la antropología contribuye también a aclarar por qué sucede así. Podemos encontrar:

- Trabajos que abordan el tema de las diferencias de género en la percepción de los síntomas: las mujeres suelen percibir más síntomas que los hombres, autoperciben de media su salud como peor (Valls-Llobet, 2009). Desde la antropología se proponen diversas propuestas para explicar esto, que están relacionadas con la autopercepción del cuerpo y con factores sociales y económicos por los que están más desfavorecidas, realizan dobles jornadas, ganan menos dinero, etc. No tener en cuenta que todo esto influye, no ser conscientes de la variable de género en la salud, resulta un error gravísimo.
- Trabajos que abordan las tecnologías médicas y su relación con las mujeres, así como la percepción que éstas tienen de dichas tecnologías: de ahí al exceso de instrumentalización sin una validez médica real (como el abuso de mamografías, por ejemplo) y que además puede dar lugar a complicaciones. Porque la medicalización de las mujeres no es sino una «estrategia general de control, poder y dominación» (Esteban, 2003: 27).
- Trabajos monográficos sobre temas específicos como el ciclo menstrual, la menopausia, y diversos momentos dentro de la salud de las mujeres, que

demuestran lo importante que es la cultura en la que éstas están inscritas, puesto que existen variaciones muy grandes en las percepción de síntomas (por ejemplo, los síntomas de la menopausia son mayores en sociedades que devalúan la imagen de la mujer en la vejez, y al revés, son mucho más llevaderos en aquellas sociedades donde las mujeres al acceder a la menopausia consiguen también más poder a nivel social: García García, 2017).

- Trabajos que abordan la salud de las mujeres en los países en vía de desarrollo: se está cambiando el prisma poco a poco, pasando de un punto de vista meramente asistencialista a un punto de vista según el cual la salud de las mujeres es un derecho humano fundamental.
- Trabajos que se acercan a la dimensión cultural de la violencia doméstica (Desjarlais y Kleinman, 1997), analizando cómo ésta es ya algo endémico en muchas culturas.

Sobre este último punto, Rosa Ballester indica que hay que tener en cuenta tres factores a la hora de identificar la violencia de género dentro de la antropología (2002: 47):

1. Existen variaciones culturales en la propia interpretación de lo que se entiende como violencia, así que es necesario incluir en los protocolos de estudio las denominaciones étnicas y la conceptualización de la violencia.
2. Los estudios transculturales muestran que existe una relación causa-efecto entre sociedades con roles y estereotipos de género muy marcados y la prevalencia de violencia contra las mujeres.
3. Es fundamental considerar cómo, desde su contexto cultural, las mujeres desean ser ayudadas.

Rosa Ballester (*Ibid.*: 46) también distingue entre roles de género (tareas que se asignan dentro de una cultura a cada sexo), estereotipos de género (ideas simplificadas y tópicos sobre lo que es «natural» en hombres y mujeres) y estratificación de género (distribución desigual de recompensas, poder y prestigio). La ideología feminista por sí sola no es suficiente para provocar la necesaria conciencia crítica sobre las conceptualizaciones biomédicas dominantes, que, en lo que concierne al género, podrían resumirse en tres (Esteban, 2007: 69-88):

- Una visión universalista y etnocéntrica del cuerpo humano.
- Un enfoque biologicista mediante el que se naturalizan las desigualdades sociales.
- Un androcentrismo alimentado por la diferenciación radical de los sexos, que singulariza en exceso lo que se considera como «femenino».

En la antropología feminista actual, se entiende que las sociedades se estructuran como sistemas de género: el sexo sería lo físico, lo inamovible, lo biológico, lo esencialista, lo naturalizado.

Una aportación muy valiosa de la antropología feminista, tanto la social como la física, ha sido poner el acento en el carácter de construcción social e histórica de la noción de sexo dominante en nuestra sociedad (Esteban, 2003: 24).

Podemos encontrar dos cuestiones centrales de crítica del feminismo a la medicina, que no son meros sesgos o desviaciones, sino cuestiones estructurales del propio sistema:

- Existe un fuerte androcentrismo a todos los niveles (investigación, docencia, asistencia).
- La medicalización de las mujeres es un hecho que hay que poner en evidencia.

La medicalización excesiva de las mujeres dentro del contexto de la medicina hegemónica está cada vez más en entredicho cuando se analiza con una perspectiva de género. Existe además una paradoja en la base misma de la biomedicina:

El punto de partida sigue siendo la negativa a buscar explicaciones biológicas de las diferencias sociales entre hombres y mujeres, que nos ha permitido denunciar los diferentes niveles de androcentrismo científico; al mismo tiempo, se han ido haciendo lecturas de la realidad distintas a las llevadas a cabo desde el ámbito médico-científico, e identificando niveles de la salud donde la desigualdad entre hombres y mujeres está oculta o subsumida en un modelo de lo humano representado en gran medida por lo masculino (Esteban, 2003: 28).

En cuanto a España, los primeros grupos de trabajo de género y salud han venido de la mano del movimiento feminista, una vez iniciada la democracia, pues fue entonces cuando comenzaron a constituirse comisiones de salud. Aparecieron entonces manifiestos como el Documento del Colectivo Feminista Pelvis, del grupo de Mallorca sobre *self-help*. Este concepto, el del *self-help*, fue introducido en los años 70 por Leonor Taboada en su libro *Introducción al self-help* (1978), y resultó de gran interés para que las mujeres intentaran recuperar el control sobre sus propios cuerpos, sus

procesos fisiológicos, y sus vidas. En definitiva, para empoderarse y recuperar sus identidades, que el patriarcado les había robado.

4.1.5. Antropología de la reproducción y antropología médica

La antropología de la reproducción, a nivel descriptivo, se ha dedicado a realizar estudios tales como a qué edad aparece de media la pubertad, el número medio de hijos por mujer, cuál es la edad media que se deja pasar entre embarazos o a qué edad de media aparece la menopausia en un determinado ámbito, por ejemplo. Gracias a analizar el número de hijos de media en una población se puede conocer cuán fecunda es dicha población y saber si la muestra es lo suficientemente grande y representativa. En todos los mamíferos la reproducción está limitada por factores biológicos y en menor medida por factores ambientales, pero en los seres humanos hay que añadir a esto también la existencia de factores socioculturales de gran peso. Así, la reproducción humana no es un mero proceso biológico, sino que estará igualmente condicionada por las condiciones materiales y las relaciones socioculturales. Y además,

Las relaciones de la medicina con la salud reproductiva explicitan los estereotipos de género, no en este caso por invisibilidad, sino por visibilizarlos siempre como un problema, como una enfermedad que hay que tratar (Valls-Llobet, 2009: 326).

Dentro de la antropología de la reproducción, la antropología destinada al nacimiento se inicia como disciplina con los trabajos de Margaret Mead en 1967, que fue también pionera en el estudio intercultural de distintos sistemas de partos. La antropología del nacimiento incide en que los períodos que rodean al nacimiento (gestación, parto, puerperio) están cargados de significados culturales. A partir de entonces, comienzan a ser más frecuentes las etnografías dedicadas a la antropología del nacimiento, sobre todo de la mano de investigadoras como Jordan, Kitzinger, Davis-Floyd, Sadler...

Hay que destacar, en este contexto, la concepción de Arnold Van Gennep (2013) del nacimiento en tanto que «rito de paso» (ver punto 5.4.2), enfoque que ha sido recogido desde entonces en distintas etnografías, como las de Sheila Kitzinger, Shelly Romalis, Hilari Homans y Robbie Davis Floyd. También resulta interesante el análisis del embarazo y el parto en tanto que «reproducción» a varios niveles (Felicity Edholm, Olivia Harris y Kate Young, 1978): reproducción biológica, reproducción del trabajo y reproducción social.

Margaret Mead afirma que el hecho de que el parto sea considerado como arriesgado no tiene tanto que ver con las estadísticas de mortalidad materna sino más bien con el **enfoque personal y social frente al parto**. Así, según ella, cada cultura interpreta el parto con relación a determinado esquema y desde ahí las mujeres aprenden a afrontarlo (2006: 256-257). Está claro que en Occidente el miedo al dolor del parto está presente, incluso en la Biblia, y eso queda plenamente reflejado en la visión sociocultural que hay en torno al nacimiento. Resulta de suma importancia analizar los procesos bioculturales dentro de la antropología médica, y dentro de éstos, los relativos al embarazo-parto-puerperio: analizando estos tres momentos, se obtiene una imagen del papel de las mujeres dentro de una sociedad.

Sexuality, marriage and fertility, labor and childbirth will be fundamentally shaped by the class position of a man or woman's family in society and his or her access to resources and power. Within these contours, contemporary medical anthropologists have looked at reproduction from the point of view of rituals of the life cycle, changing perceptions of the body, negotiations over sexuality, marriage and parental roles between men and women, and the cultural perceptions surrounding men and women's practices (Baer, 2003: 286)⁴⁰.

En los estudios que surgen a partir de entonces se pone de manifiesto que, siendo el embarazo y el parto procesos universales fisiológicamente hablando, se encuentran moldeados culturalmente. Muchos estudios se dedican a la atención obstétrica en general y al estudio del incremento de la medicalización en particular. Así, la reproducción humana, en tanto que actividad social, produce unas determinadas ideologías de la maternidad y la paternidad (Blázquez, 2005: 4). Las mujeres son controladas en tanto que reproductoras, y lo que pasa en sus cuerpos ya no es algo privado sino público. Las normas biomédicas se aceptan como inevitables, naturales, legítimas y adecuadas: de este modo el poder médico hegemónico mantiene su poder de decisión en todos los partos.

The Eurasian complex of virginity, dowry, and patrilineality also has been associated with a class system and the control of property as men seek to

⁴⁰ «La sexualidad, el matrimonio y la fertilidad, el parto y el nacimiento serán fundamentalmente moldeados por la posición de clase de la familia de un hombre o mujer en la sociedad y por su acceso a los recursos y al poder. A través de estos contornos, los antropólogos médicos contemporáneos han analizado la reproducción desde el punto de vista del ciclo de la vida, cambiando percepciones sobre el cuerpo, negociaciones acerca de la sexualidad, matrimonio y roles de paternidad entre hombres y mujeres, y las percepciones culturales envolviendo las prácticas de hombres y mujeres» (*traducción propia*).

control women's reproductive capacity in order to insure inheritance in the men's family group (Baer, 2003: 293)⁴¹.

Brigitte Jordan (1997) realizó una de las primeras etnografías de comparación transcultural de los sistemas de parto en diferentes sociedades (Suecia, Holanda, Guatemala y Estados Unidos). Los elementos que describe para el estudio de los sistemas de parto, y que han servido como referencia para los siguientes estudios antropológicos sobre dicho tema, son: la definición cultural del parto, la preparación para el parto, los participantes y el sistema de apoyo, el territorio del parto, el manejo del dolor, la medicación y la tecnología.

Se han introducido términos como «etno-obstetricias» (McClain, 1975) o «culturas del nacimiento» (Montes Muñoz, 2007: 10) para referirse a las diferentes representaciones simbólicas dentro de los distintos abordajes culturales de los partos. Porque «el parto, como cualquier otra realidad social, se construye y configura en clave cultural» (Hernández Garre y Echeverría Pérez, 2014: 329). Las representaciones que existen sobre los partos se encuentran configuradas dentro de un marco biosocial producido tanto por factores biológicos universales como por factores culturales particulares (Jordan, 1997).

El género atraviesa la comprensión y definición del embarazo, parto y puerperio, aunque muchas veces esto no sea visible. Así, las representaciones del embarazo, los modelos de atención al parto, los aspectos atendidos en el puerperio, los modelos de maternidad y paternidad, no sólo tienen que ver con la capacidad biológica de las mujeres para engendrar y amamantar sino también con las traducciones históricas, políticas, económicas, sociales y culturales que se han realizado de este hecho y que construyen y mantienen un sistema de género (Blázquez, 2005: 13).

La antropóloga María Isabel Blázquez (2005) ha realizado un trabajo muy interesante de revisión sobre estudios antropológicos relacionados con el embarazo y el parto, exponiendo cómo existe una relación entre el capitalismo y el modelo biomédico de atención sanitaria, cosa que se puede ver en los trabajos de Menéndez (1992), Tabet (1985) y Narotzky (1995). En dichos trabajos se explica cómo los cuerpos de las mujeres durante el parto en las instituciones hospitalarias son tratados en tanto que obreros que

⁴¹ «El compuesto euroasiático de virginidad, dote y patrilinealidad también se ha asociado con un sistema de clase y con el control de la propiedad, ya que los hombres buscan controlar la capacidad reproductiva de las mujeres para garantizar la herencia dentro del grupo familiar del hombre» (*traducción propia*).

han de ser disciplinados y controlados, y cuyo fin (dar a luz al bebé) es lo único que importa.

Se han descrito tres modelos en la atención al parto: el tecnocrático, el humanista y el holista (Davis–Floyd, 2004). Los modelos humanista-holista se refieren a los enfoques de partos hospitalarios pero humanizados (esto es, partos respetados, donde las mujeres pueden decidir) así como a los partos domiciliarios. El paradigma tecnocrático, por su lado, es en el que se basa la asistencia obstétrica occidental, y en él prevalecen la ciencia biomédica, la alta tecnología, la productividad económica y el gobierno de instituciones patriarcales o androcéntricas como la medicina y la ginecología. Así pues, se trata de un modelo de asistencia al parto de tipo institucionalizado, intervencionista, donde se produce una medicalización de los procesos normales. Se caracteriza por una fuerte obsesión por el control biotecnológico y una organización protocolizada y mecanizada del trabajo. Las mujeres se ven desdobladas, ya que viven sus embarazos y partos a través de máquinas analizadas por especialistas, careciendo sus propias sensaciones de valor objetivo, como vimos en el punto 3.3.4. Lo tecnológico se convierte, pues, en lo único objetivo, porque los expertos ya no miran a las gestantes, sino a las máquinas. Las mujeres dejan de constituir una simbiosis activa con sus bebés para pasar a constituir la parte pasiva de una simbiosis con las máquinas (ecógrafos, dopplers), que serían los elementos activos y objetivos. Las máquinas se convierten en las «traductoras» del feto a las madres, que han perdido la confianza en su propia intuición, en saber comprender por sí mismas el lenguaje secreto de sus cuerpos. Las máquinas potencian «el poder de la tecno-ciencia en las definiciones de la salud y la enfermedad, al anular el saber y la autonomía de las mujeres» (Hernández Garre y Echeverría Pérez, 2014: 334).

Por último, cabe citar también el interesante trabajo de Nancy Stoller (1974), quien estudió la atención al parto en EEUU y describió los siguientes elementos que permiten el control biomédico:

- El monopolio del modelo biomédico en la atención obstétrica, con las altas tasas de medicalización que conlleva.
- La institucionalización de la atención en centros hospitalarios, para el ejercicio de esta función de vigilancia sobre los cuerpos femeninos (recordemos a

Foucault, nuevamente), donde los partos se perciben como momentos de riesgo⁴².

- La «uniformización» (Esteban, 2001: 11,32), es decir, la especialización y fragmentación del cuidado, que implica una rutinización de la atención: se aplicarán los mismos protocolos, procedimientos y pruebas a todas las mujeres (ver apartado 5.4.2.).
- La confianza ciega en la tecnología como instrumento neutral y objetivo de aportación de datos.
- La imposición de la autoridad y del poder de los profesionales sanitarios para que las mujeres acepten y admitan todas las decisiones, porque ellos son «los que saben». Esto tensa notablemente las relaciones entre las gestantes y los profesionales, porque imposibilita un diálogo desde la igualdad y el respeto.

4.2. UN PARTO NECESITA ASISTENCIA

¿Por qué las hembras de todas las especies mamíferas paren solas, y sin embargo las humanas parecen tener más dificultades, lo que las hace requerir de cierta ayuda, lo cual podría a su vez ser el origen de las matronas y demás oficios afines? Una posible respuesta podría ofrecerla la hipótesis del «dilema obstétrico» (Washburn, 1960): según ésta, la bipedestación es posible gracias a la pelvis estrecha, pero por otro lado, una pelvis estrecha dificulta el parto y limita el tamaño de la cabeza del bebé:

Las tensiones ejercidas por la bipedia y el parto resultan conflictivas. El bricolaje evolutivo resultante de este conflicto ha conducido a una transformación particularmente original de las paredes de la pelvis (Berge, 1991: 231).

La evolución, en efecto, trajo de la mano la bipedestación. Para poder caminar con dos piernas, los seres humanos no pueden tener una pelvis demasiado grande, lo que produce que el canal de parto de las mujeres tenga una forma chata, no como sucede por ejemplo en los chimpancés, donde podemos observar cómo, al tratarse de cuadrúpedos, el canal de parto se encuentra en línea recta, el útero alineado con la vagina, con lo que el momento del parto resulta mucho más sencillo: la cría de

⁴² Caben destacar, en el contexto de España, los estudios sobre los partos institucionalizados llevados a cabo por Mariluz Esteban (2006), Yolanda Bodoque (1996), María Jesús Montes (2010) o María Isabel Blázquez (2005).

chimpancé nace sin flexionarse y con la cara mirando a su madre, que puede extraerlo sola y sin grandes dificultades.

Las monas paren sentadas sobre las patas posteriores o apoyándose en las cuatro patas. Cuando la cría está saliendo del canal del parto la madre puede agacharse y ayudar a nacer a su hijo tirando de él con las manos, limpiándole la nariz y la boca de las mucosidades para que pueda respirar mejor y liberándole del cordón umbilical, si es que éste se le enreda alrededor del cuello. Por otra parte, las crías recién nacidas de los monos nacen con suficiente fuerza y madurez para colaborar de forma activa en su propio nacimiento. Una vez que sus manos quedan libres pueden sujetarse de los pelos de la madre (Campillo Álvarez, 2007: 168).

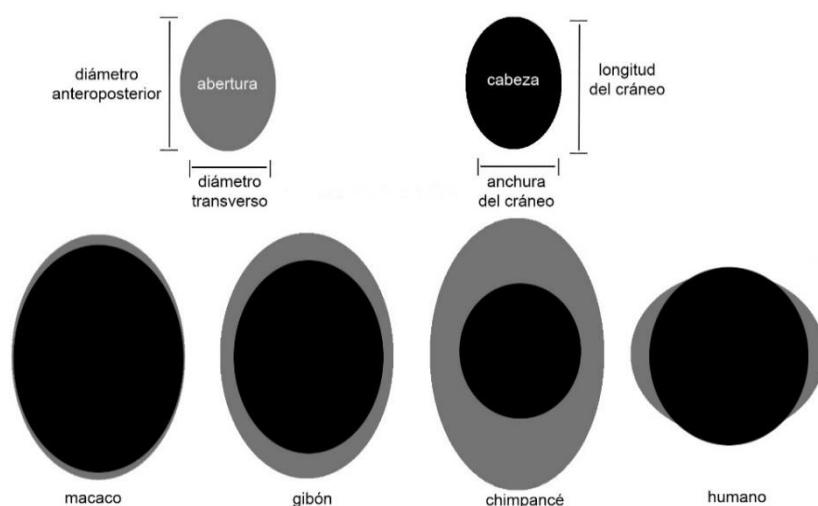


Figura 4.1. Comparativas entre los tamaños de las cabezas de los bebés y las pelvis de sus madres en distintas especies.

La bipedestación trajo consigo ciertas modificaciones en la estructura de la pelvis: la vagina no está alineada con el útero, sino que forma un ángulo recto con éste, así que el canal de parto presenta distintas dimensiones y dificultades en cada zona, el bebé (cuya cabeza mide unos 35 cm de diámetro aproximadamente), para salir, va realizando diversas rotaciones con su cuerpo, lo que hace que el parto humano resulte un acto complejo y largo. Un parto humano dura de media nueve horas frente a las dos que suele durar el de cualquier primate (Shipman, 2014: 38).

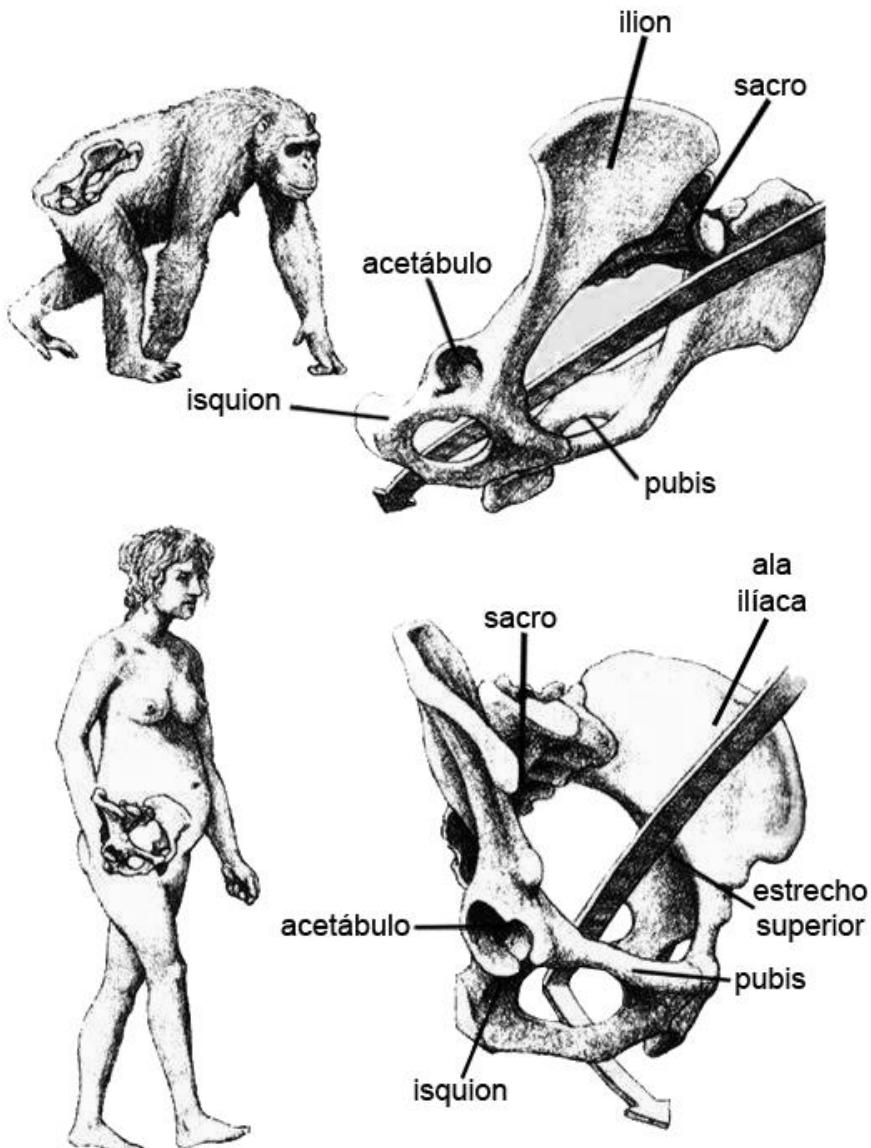


Figura 4.2. Comparativa de la anatomía de la pelvis y los movimientos necesarios para pasar por el canal de parto en una hembra de chimpancé y en una humana.

La evolución no pudo dedicarse a aumentar el volumen del encéfalo sin resolver la cuestión de cómo parir una cabeza de ese tamaño. La selección natural resolvió el problema pariendo a seres con el cerebro a medio desarrollar: los partos de las hembras humanas son partos prematuros desde un punto de vista zoológico. Así, los bebés humanos nacen en estado altricial, esto es, con muchas necesidades y en una absoluta indefensión, porque si salieran de sus madres en el estado equivalente al de otras crías de mamíferos, sencillamente no cabrían por el canal de parto. Los chimpancés alcanzan en torno al 40-50 % del desarrollo cerebral dentro del útero, los humanos tan sólo el 25

- 30 %. Los chimpancés, a las dos semanas de vida, ya muestran un estado de independencia sorprendente respecto a sus madres.

El parto en la mujer, aunque puede ocurrir en solitario, normalmente precisa de la asistencia de otra persona. A causa de la bipedestación los huesos de la cadera han sufrido modificaciones con respecto al resto de primates y el canal del parto forma angulaciones; además el útero forma un ángulo recto con la vagina. El feto debe realizar una serie de rotaciones de la cabeza y de los hombros para avanzar por ese tortuoso pasadizo. Al nacer, la coronilla de la cabeza del feto se apoya en el pubis de la madre. Ésta sólo ve de su hijo la parte posterior de la cabeza. En esta posición, si la madre intentara ella sola ayudar a su hijo a nacer, podría dañarle la médula espinal a causa de la extrema flexión de la columna vertebral. También resultaría muy difícil para la propia madre desanudar el cordón umbilical de su hijo si lo trajera liado al cuello (Campillo Álvarez, 2007: 173).

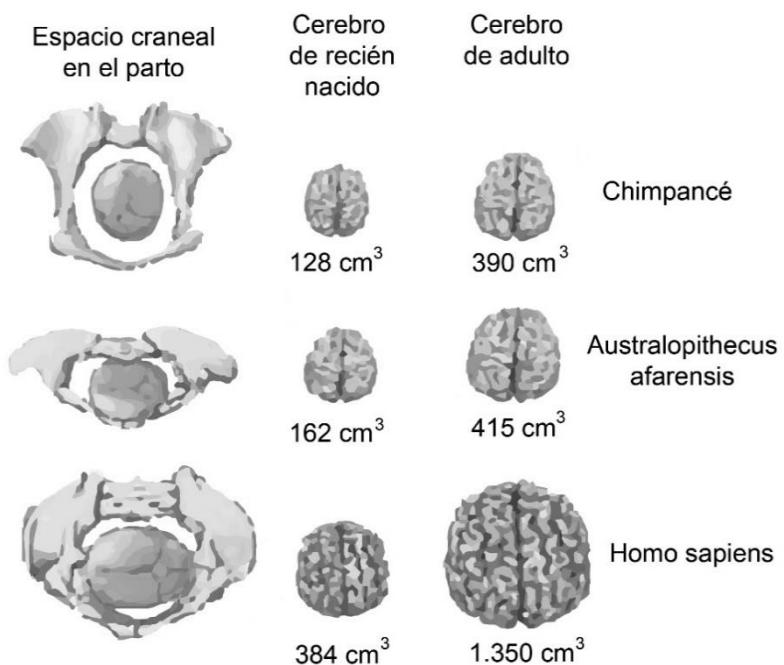


Figura 4.3. Comparativa entre el tamaño del cerebro de recién nacido y de adulto y el tamaño del canal de parto en diversas especies.

Los humanos nacemos inacabados, mucho más indefensos, con muchas más necesidades, y tras partos muy largos: con los gritos de la parturienta y su completa incapacidad para defenderse, sumados al olor de la sangre y resto de líquidos, la mujer resulta una presa fácil si no existe un entorno protector: «El parto asistido es una costumbre universal en *Homo sapiens sapiens* y sin este patrón de conducta hubiera sido muy difícil que nuestro cerebro evolucionase» (Campillo Álvarez, 2007: 177).

Es lógico, pues, dadas las circunstancias particulares y la ventaja evolutiva que supone, que el grupo esté pendiente del proceso, y que surgiera lo que Trevathan (1997) llamó la condición de «partera obligatoria» (*obligate midwifery*), es decir, la característica universal de buscar asistencia en otras personas en el momento del parto (ya sea familiares, amistades, o profesionales: parteras, matronas, obstetras), como mecanismo de compensación para enfrentarse a algunos de los riesgos del parto, lo que habría reducido la mortalidad materna y neonatal. Los partos difíciles requieren de ayuda, y se convierten de ese modo en actos sociales.

Podemos decir que existen dos hipótesis enfrentadas que explican el denominado «dilema obstétrico»:

- En primer lugar, la **hipótesis obstétrica**. Ésta sitúa el enfrentamiento y la necesidad de equilibrio evolutivo entre la locomoción y la capacidad de tener bebés: el tamaño craneal del niño se adaptó al diámetro de la pelvis que necesitaba la madre para mantener su locomoción bípeda sin acarrear problemas de supervivencia. Pero existe un problema: estudios actuales (Dunsworth, 2012) han demostrado que el mayor ancho de pelvis no se relaciona con una bipedestación eficiente. ¿Por qué la selección natural no eligió caderas más anchas, si esto no interfería en la bipedestación?
- Para contestar a esta última pregunta, Robert Martin (1994) propuso la **hipótesis energética**, que rechaza el límite establecido por el ancho de las caderas de una humana parturienta y establece el límite en otro punto: en el punto a partir del cual la madre no puede seguir alimentando al bebé sin que suponga riesgo para su propia supervivencia, es decir, la energía que la madre puede proporcionarle al feto. La hipótesis rechaza la idea de que el tamaño craneal del que va a nacer se haya adaptado a la pelvis materna y postula que el tamaño de la pelvis se ha adaptado de forma suficiente al tamaño del encéfalo posible. El bebé nacería, entonces, en el momento en que deja de ser sostenible por parte del metabolismo de la madre.

Sea por una causa u otra, los humanos nacen antes de estar maduros, en un proceso complejo y largo, que requiere de asistencia porque entraña dificultades no sólo para la parturienta sino para la supervivencia de su grupo, y que además trae de la mano un gran número de cuidados postnatales. Es, quizás, el precio que tenemos que pagar para tener el encéfalo del tamaño que tenemos. Es el precio de la inteligencia.



Figura 4.4. Comparativas de las pelvis de tres especies diferentes.

4.3. ESTADÍSTICAS DISPONIBLES DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

Existe un «retraso español en cuanto al estudio de las maternidades» que tiene su correlato en «la escasa preocupación por el tema del parto» (Bolufer Peruga, 2010: 75). Pero además hay hoy en día un gran vacío de estadísticas públicas en materia obstétrica, a pesar de que cada vez más voces demanden unos datos fiables de esta índole.

Debe existir un seguimiento regular de los indicadores obstétricos, tales como cesáreas de urgencia e indicadores neonatales, retrasos o fracasos en la reanimación y sistemas para documentar y registrar las decisiones clínicas e incidentes (González Salgado, 2011: 48).

Dice la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014: 3) que «es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso». Sin embargo, la gran mayoría de centros hospitalarios españoles no miden sus prácticas, ni las evalúan ni hacen autocrítica alguna: si consultamos en el informe «The European Perinatal Health Report», emitido por el proyecto Euro-Peristat (www.europeristat.com), cuya misión es precisamente la de ofrecer estadísticas sobre la salud de madre y bebé en el embarazo, parto y postparto, vemos cómo las referentes a España están casi siempre vacías. No

hay datos. Tal es así que, en las últimas versiones del informe, han decidido excluir directamente a España. Sí contamos con distintos observatorios del Ministerio de Salud a nivel de comunidades autónomas, y en éstos se recogen algunas estadísticas de los hospitales que se han prestado ello. El problema de esto es que la información está sesgada, ya que al no resultar obligatorio el ofrecer estos datos, sólo unos pocos hospitales entran voluntariamente en los observatorios. Así, resulta tremadamente difícil acceder como usuaria a algunas cifras para poder decidir con conocimiento de causa.

Podemos comprobar en las páginas del Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad las estadísticas generales de hospitales, donde únicamente se puede ver el número de partos anuales y el porcentaje de cesáreas. Por ejemplo, en 2013 en España se atendieron en los hospitales del Sistema Nacional de Salud cuatro de cada cinco partos. Fueron atendidos 332.352 partos (79 % del total), y la tasa de cesáreas en la sanidad pública fue de 22,1 %, mientras que en la totalidad del sector (público y privado) fue del 25,4 %⁴³.

Existen algunas iniciativas privadas, como la página www.estadisticasdeparto.com, proyecto personal de una socia de EPEN, actualmente discontinuado, que intentó trabajar para ofrecer la información que falta hasta el año 2011 inclusive, mediante la ardua tarea de reunir todos los datos disponibles por distintos medios, y mostrarla a quien esté interesado. En esta página, podemos ver cómo, aunque las cifras van bajando despacio, lo hacen a una velocidad muy tímida. Éste es un pequeño resumen de las últimas estadísticas disponibles (Armendáriz, 2012; EPEN, 2012).

⁴³ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeManual2013/Informe_2013_SNS_WEB.pdf

4.3.1. Sanidad pública. Porcentajes

AÑO	TOTAL PARTOS	PARTOS VAGINALES			EPISIOTOMÍAS			CESÁREAS
		TOTALES	No Instrumentales	Instrumentales	TOTALES	En partos instrumentales	En partos no instrumentales	
2004	346.250	268.277	62,87%	14,61%	69,06%	76,79%	67,26%	22,52%
2005	352.306	270.951	62,20%	14,71%	65,60%	75,31%	63,30%	23,09%
2006	363.257	279.438	62,56%	14,37%	61,73%	75,16%	58,65%	23,07%
2007	380.291	292.894	63,25%	13,77%	54,30%	74,22%	49,96%	22,98%
2008	404.668	313.277	63,75%	13,66%	48,39%	73,63%	42,98%	22,58%
2009	385.784	297.054	62,93%	14,07%	45,76%	74,16%	39,41%	23,00%
2010	374.728	291.005	63,30%	14,36%	43,49%	73,71%	36,63%	22,34%
2011	364.701	283.388	63,18%	14,53%	42,34%	73,56%	35,16%	22,30%

Tabla 4.1. Porcentajes años 2004-2011 de la sanidad pública.

4.3.2. Sanidad privada. Porcentajes

AÑO	TOTAL PARTOS	PARTOS VAGINALES	CESÁREAS	% CESÁREAS
2005	95.268	60.548	34.720	36,44%
2006	100.704	62.851	37.853	37,59%
2007	101.733	63.327	38.406	37,75%
2008	104.511	65.615	65.615	37,22%
2009	103.283	65.048	38.235	37,02%

Tabla 4.2. Porcentajes años 2004-2011 de la sanidad privada.

4.3.3. Resumen del sistema nacional de Salud

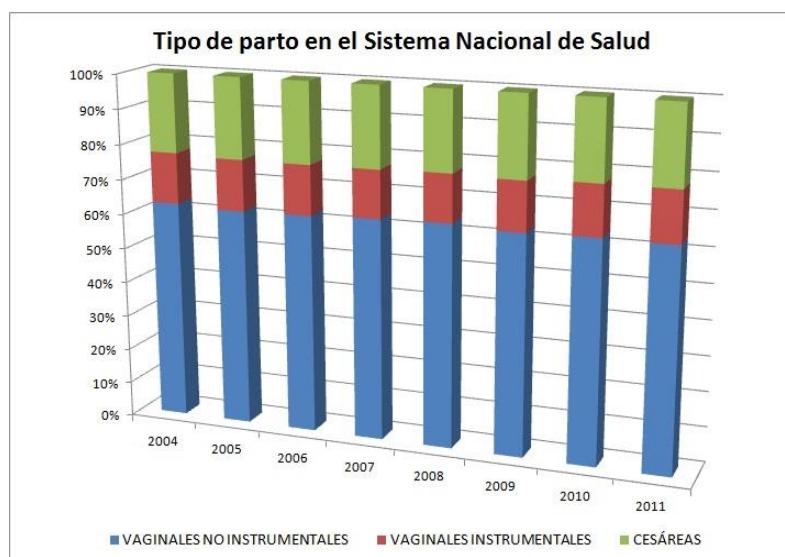


Figura 4.5. Tipos de parto en el sistema nacional de salud 2004-2011 (Armendáriz, 2012).

4.3.4. Comparación de las recomendaciones de la OMS y la realidad en España⁴⁴

Procedimiento	Resultado en España	OMS, recomendaciones de 1985 (estándar de calidad)
Cesáreas	21,9 %	- del 15 %
Contacto piel con piel madre-bebé	50,2 %	+ del 80 %
Episiotomías	41,9 %	15 %
Inducciones	19,4 %	10 %
Maniobra de Kristeller	26,1 %	0
Oxitocina sintética	53,3 %	5-10 %
Partos instrumentales	19,5 %	15 %
Partos vaginales después de una cesárea previa	44,2 %	60-80 %
Posición de litotomía	87,4 %	- del 30 %

Tabla 4.3. Comparativa recomendaciones OMS y procedimientos en España.

4.3.5. Estadísticas en el Informe sobre la atención al parto y al nacimiento en el Sistema Nacional de Salud

Este Informe responde a la primera evaluación de la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (EAPN) en el Sistema Nacional de Salud realizada en 2011, y revisado en 2015. Recoge la información sobre los resultados de las prácticas clínicas, la participación de las mujeres, la formación de profesionales y la investigación, innovación y difusión de Buenas Prácticas, que representan las cuatro Líneas Estratégicas que configuran la EAPN. Según este informe, sólo un 15,5 % de los protocolos hospitalarios incluyen TODAS las recomendaciones de atención al parto normal. Podemos ver las estadísticas del cumplimiento de estas recomendaciones por los distintos protocolos hospitalarios desglosadas aquí:

1. De los procedimientos del parto

Procedimiento	Estándar de referencia recomendado por la EAPN	Número de hospitales que cumplen la recomendación
No rasurar el periné	100 %	84,5 %
No administrar un enema	100 %	78,6 %
Permitir el acompañamiento ininterrumpido durante el proceso de parto	100%	84,5%
Permitir el acompañamiento durante el proceso de parto por la persona que la gestante elija libremente	100 %	87,4 %
Facilitar el deambular libre de la gestante y su posición	100 %	72,8 %

⁴⁴ Algunos de los indicadores recogidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, del año 2010, para hospitales que forman parte del Sistema Nacional de Salud (se excluyen clínicas privadas).

Permitir la ingestión de comida y bebida	100 %	71,8 %
No colocar vía intravenosa de manera rutinaria	100 %	31,1 %
No romper la bolsa de manera rutinaria	100 %	46 %
Administración de oxitocina	5- 10 %	53,3 %
Inducción de partos	< 10 %	19,4 %
Informes (partogramas) totalmente completados	100 %	52,1 %
Oferimiento de alternativas no farmacológicas para el manejo del dolor	100 %	67 %
Partos con analgesia epidural	30 – 80 %	72,2 %
Posición de litotomía	< 30 %	87,4 %
Maniobra de Kristeller	0 %	26,1 %
Episiotomías	< 15 %	41,9 %
Desgarros de tipo III y IV tras episiotomía	1 – 5 %	4,7 %
Desgarros de tipo III y IV sin episiotomía	0,5 - 3 %	1 %
No pinzar el cordón con latido como práctica habitual	100 %	63,1 %
Partos instrumentales	< 15 %	19,5 %
Partos con ventosa	=< 7 %	10,2 %
Partos con fórceps	< 5 %	6,1 %
Partos con espártulas	< 5 %	3,2 %
Tasa de cesáreas	< 15 %	22,02 %
Parto vaginal tras una cesárea	60 – 80 %	44,2 %
CENTROS QUE CUMPLEN CON TODAS LAS RECOMENDACIONES PARA UN PARTO NORMAL	100 %	15,5 %

Tabla 4.4. Comparativa estándar de referencia EAPN – porcentaje de cumplimiento: PARTO.

2. Del recién nacido

Procedimiento	Estándar de referencia recomendado por la EAPN	Número de hospitales que cumplen la recomendación
Información a las madres de las ventajas del contacto piel con piel	100 %	74,8 %
Recomendación de piel con piel en las condiciones especificadas	100 %	67,0 %
Sólo realizar identificación y test de Apgar en los primeros 70 minutos.	100%	67,0 %
Posponer la profilaxis ocular, el peso, la administración de vitamina K, etc., hasta después del contacto piel con piel	100 %	59,2 %
No realizar de forma rutinaria el paso de sondas	100 %	69,9 %
Estimular el método madre-canguro, el contacto piel con piel de madres y padres	100 %	62,1 %
Eradicación de las salas-nido	100 %	68 %
Trabajar con grupos de apoyo madre a madre	100 %	56,3 %
Contacto precoz madre-RN también en caso de cesáreas	100 %	47,6 %

CENTROS QUE CUMPLEN CON TODAS LAS RECOMENDACIONES PARA EL CONTACTO PRECOZ	100 %	13,6 %
--	-------	--------

Tabla 4.5. Comparativa estándar de referencia EAPN – porcentaje de cumplimiento: RECIÉN NACIDO.

3. De la lactancia

Procedimiento	Estándar de referencia recomendado por la EAPN	Número de hospitales que cumplen la recomendación
Respetar la decisión informada de las mujeres que opten por la lactancia artificial	100 %	75,7 %
Dar información adecuada sobre lactancia artificial a las madres que así lo decidan	100 %	71,8 %
Iniciar la lactancia materna durante las 2 primeras horas de vida	100%	88,3 %
Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas en lactancia	100 %	65%
Facilitar la posibilidad de la lactancia materna, su extracción, conservación y mantenimiento	100 %	75,7 %
CENTROS QUE CUMPLEN CON TODAS LAS RECOMENDACIONES SOBRE LACTANCIA	100 %	50,5 %

Tabla 4.6. Comparativa estándar de referencia EAPN – porcentaje de cumplimiento: LACTANCIA.

Algunas de las conclusiones del informe, cuyas recomendaciones se basan, lógicamente, en la evidencia científica, son:

- El 5,8 % de maternidades no tienen un protocolo de atención al parto y nacimiento y el 26 % no han actualizado sus protocolos tras la puesta en marcha de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*. Sólo el 9 % de las maternidades españolas incorporan todos los puntos de la Estrategia.
- La rotura artificial de la bolsa se realiza en un 46 % de los casos, lo que resulta una cifra altísima. Igualmente, el uso de oxitocina sintética es de un 53,3 %, alejándose mucho del ideal aconsejado en dicho informe de menos de un 10 %.
- La epidural se usa en un 72 %.
- Aún se realizan un 42 % de episiotomías en partos eutócicos, cuando la recomendación del informe es de un 15 %.

- La posición de litiotomía es altísima, ronda el 90 %.
- La maniobra de Kristeller se realiza en un 26 % de partos vaginales, a pesar de ser una maniobra indeseable.
- La tasa de cesáreas se sitúa en torno al 22 %, sigue sin mejorar.

4.3.6. Estadísticas del Observatorio español de Violencia Obstétrica

El Observatorio español de violencia obstétrica publica anualmente un informe que puede encontrarse en la página web de El Parto Es Nuestro, asociación a la que dicho observatorio se adscribe. Los datos se recogen mediante la realización de encuestas por todo el territorio español. En el último informe, con fecha de noviembre 2017 (OVO, 2017), podemos ver que:

PROFESIONALES	<p>Un 70,3 % de los profesionales no se presentaron.</p> <p>En un 66 % de los casos no solicitaron autorización para tratar a las usuarias.</p> <p>En un 40 % el lenguaje utilizado no fue profesional ni correcto.</p> <p>En un 33,8 % de los casos se les dijo a las mujeres que lo estaban haciendo mal.</p> <p>En un 32,5 % se criticó las expresiones de dolor, gritos o gemidos.</p> <p>Un 35,1 % de las mujeres vio puesta en duda su capacidad para amamantar.</p> <p>Un 25 % de las que decidieron dar lactancia artificial fueron juzgadas por ello.</p>
CONSENTIMIENTO INFORMADO	<p>En un 50,7 % las mujeres no fueron informadas de la intervención.</p> <p>En un 60,8 % de los casos no se les indicó por qué una determinada maniobra estaba aconsejada en su caso.</p> <p>En un 76,6 % de los casos no fueron informadas de las distintas opciones de actuación.</p> <p>En un 80,4 % no se explicaron las posibles consecuencias de la intervención.</p> <p>En un 84,6 % no se explicaron los efectos secundarios de la intervención.</p> <p>En un 50,1 % se actuó prescindiendo del consentimiento de las mujeres.</p>
PLAN DE PARTO	<p>Un 25,3 % de las mujeres fue tratada despectivamente por presentarlo.</p> <p>En un 65,8 % de los casos el plan de parto no fue respetado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • no comer ni beber (55,7 %) • no deambular (53,2 %) • no usar material personal como música o ropa propia (58,2 %) • no usar material de soporte (52 %) • no elegir la postura (74,7 %) • no elegir el destino de su placenta (79,2 %)
INGRESO EN NEONATOLOGÍA	<p>En un 66,7 % no se explicó ni pidió consentimiento para actuar sobre sus bebés.</p> <p>En un 42,7 % no tuvieron libre acceso a los bebés.</p> <p>A un 42,6 % se les obligó a salir para hacerles pruebas a sus bebés.</p> <p>A un 27,6 % se les sugirió insistenteamente que se marcharan a casa.</p> <p>En un 21 % las madres no pudieron estar acompañadas de la persona o personas de su elección durante el ingreso.</p>
MUERTE NEONATAL	<p>En un 75 % las madres no recibieron información clara sobre autopsia y entierro.</p> <p>En un 65,2 % las madres no pudieron decidir sobre los cuerpos de sus bebés.</p> <p>En un 58,5 % las madres no fueron acompañadas ni les ayudaron a ver, tocar o abrazar a sus bebés.</p> <p>En un 35,7 % de los casos no les permitieron estar con los bebés.</p> <p>En un 24,5 % se usó un lenguaje peyorativo para referirse a los bebés muertos.</p>

Tabla 4.7. Estadísticas 2016 del OVO.

Y, además, como conclusión a este informe, un 35,9 % de las mujeres dicen que necesitan o han necesitado ayuda psicológica o terapia para superar las secuelas o malos recuerdos de su parto.

Por lo tanto, aunque las estadísticas en España resultan irregulares, ya que no hay una continuidad en la recogida y elaboración de las mismas, y no puede realizarse una comparativa rigurosa, sí podemos observar cómo estamos aún muy alejados de lograr las cifras que propone la *Estrategia de Atención al Parto Normal* y cómo los resultados obtenidos por el Observatorio contra la violencia obstétrica se alejan todavía demasiado de una satisfacción real de las usuarias con el trato recibido en sus partos.

Vamos a analizar en el último capítulo los resultados de la etnografía, para comprender de primera mano qué opinan las madres y los profesionales de la asistencia al parto en España y de la violencia obstétrica en tanto que máxima expresión de la patologización del momento del nacimiento.

V. VISIBILIZANDO PRÁCTICAS Y EMOCIONES

Como que estamos tan acostumbrados a que el cuerpo de la mujer sirve para ser una vasija, para... que no pasa nada si se le hace daño en aras de otro bien mayor, que es normal, o sea, es normal que... porque tú eres como el bote de kétchup, y si el bote de kétchup hay que romperlo para sacar el kétchup pues se rompe, y si hay que golpearlo para que salga, pues se golpea, porque tú eres un bote.

«Leia», madre de dos hijos

Vamos a analizar en este último capítulo los resultados de la investigación etnográfica realizada con madres y profesionales de la salud acerca de la violencia obstétrica, la satisfacción con el seguimiento del embarazo y el parto y el estado general de la atención obstétrica en España. Para ello, como comentamos en el capítulo I, se realizaron en total 37 entrevistas a mujeres que han parido con asistencia en España y a 15 profesionales de la salud (matronas y ginecólogos) que atienden partos en España, ya sea en hospital o a domicilio, así como a matronas que trabajan en atención primaria. Veremos cuáles son las prácticas de rutina más comunes en los partos que se realizan en la actualidad en los centros hospitalarios en España y cómo éstas acaban convergiendo en lo que se denomina la «cascada de intervencionismos». También nos fijaremos en el aspecto ritual de los nacimientos en hospitales y de los protocolos que se aplican, así como en las relaciones asimétricas que se establecen entre las madres y el personal sanitario. Analizaremos cuáles son las consecuencias de la violencia obstétrica y cómo el activismo es tremadamente importante: solicitar un parto respetado resulta una reivindicación profundamente feminista para intentar que cambie el paradigma actual (androcéntrico, impositivo) de la biomedicina.

Hemos dividido los resultados de la investigación por bloques temáticos: embarazo, parto, puerperio y recién nacido, atención obstétrica en general, profesionales, violencia obstétrica y cambios en el tiempo en la atención obstétrica. Las citas de ambos tipos de informantes (madres y profesionales) se entremezclan para crear un diálogo más fluido, para ofrecer ambos lados –si los hay–, para abarcar una perspectiva más amplia, y para intentar no delimitar artificialmente o forzar un posicionamiento, sino que cada informante se situaría cada vez donde más cómodo se sintiera, independientemente de si su discurso es el de una madre que ha pasado por uno o más partos o el de un profesional que los ha atendido. De este modo, en el diálogo entre madres y profesionales, a veces veremos contraposiciones y otras acuerdos o acercamientos, lo que ofrece unos resultados extremadamente enriquecedores, repletos de matices de múltiples colores, alejándonos así de los simples blancos y negros. De este modo, las entrevistas me han facilitado suficiente información para elaborar mi propia lectura

etnográfica desde una perspectiva intersubjetiva, y así he podido acercarme a la complejidad del problema.

También he realizado una triangulación de datos, tanto **temporal** (las entrevistas se llevaron a cabo durante más de un año entre mujeres que recibieron atención obstétrica a lo largo de un período de años bastante amplio, así como entre profesionales de un amplio rango de edad, esto es, con diversos grados de experiencia), como **espacial** (aunque al residir yo en Madrid, la mayoría de entrevistas fueron realizadas ahí, hay informantes de diez CCAA distintas) y por supuesto **personal**, dado que la muestra recogida resultó bastante amplia, sobre todo respecto a las madres, que es a quienes quería dar más voz.

Los aspectos metodológicos ya se explicaron en el capítulo I. No obstante, antes de entrar en materia, vamos a realizar una pequeña «presentación» de los informantes.

Madres

#	PSEUDÓNIMO	CCAA	PRESENTACIÓN
I01	A. Gentileschi	Comunidad de Madrid	Doctoranda en filología, primípara a los 45 años, un hijo, su ginecóloga la trata mal por no querer hacerse amniocentesis. Parto respetado aunque trato en aborto espontáneo posterior nefasto.
I02	Adriana	Extremadura	Enfermera, dos hijos, primer parto quiso que fuera en casa pero hubo de ser inducción hospitalaria, parto muy intervenido, segundo parto en casa pero sin asistencia porque la matrona no llegó a tiempo.
I03	Alexia	Galicia	Informática, una hija, parto muy intervenido y además le reprocharon que no colaboraba lo suficiente cuando fue muy largo y llevaba muchas horas sin dormir. Escindida entre la confianza en los sanitarios y cómo éstos le hicieron sentir.
I04	Amanda	Catalunya	Economista argentina residente en Holanda, tres hijas, dos primeros partos en España y el último en Holanda. El primero fue una cesárea donde no se le facilitó nada, refiere muchas diferencias de la asistencia entre Holanda y España.
I05	Anabel	Comunidad de Madrid	Traductora, dos hijos, primer parto muy intervenido, con una separación muy larga con su primera hija que le ha pasado una gran factura emocional, segundo parto en casa, empoderador y sanador.
I06	Andrómeda	Comunidad de Madrid	Psicóloga, dos hijos, el segundo una cesárea que vivió con mucha soledad. Refiere cómo la atención obstétrica se le antoja como patologizante y robotizadora, sin ningún tipo de apoyo emocional.
I07	Ángela	Comunidad de Madrid	Informática, dos hijos, primer parto muy instrumentalizado, segundo parto de nalgas por vía vaginal, que ella vivió como un triunfo porque resulta poco habitual, aun así tuvo miedo por si no salía bien.
I08	Bac+2	Comunidad de Madrid	Marroquí residente en España, actualmente en paro, estudió derecho pero no terminó, tres hijas, la tercera por sorpresa, partos muy intervenidos, del primero a su hija mayor le ha quedado el cuello torcido como secuela.
I09	Bea	Catalunya	Diseñadora, una hija, llegó en dilatación completa al hospital pero la ginecóloga tenía mucha prisa y le hizo mucho daño, además tiró de la placenta para que saliera nada más parir.
I10	Besly	Comunidad de Madrid	Logopeda, dos hijos, tuvo dos partos cortos y rápidos aunque embarazos estresantes (primero le dijeron que no podría parir por miopía magna y en el segundo le hicieron hacerse la amniocentesis, cuyos resultados tardaron un mes).
I11	Candela	País Vasco	Traductora, una hija, no se sintió lo suficientemente apoyada por su pareja en el parto, había leído mucho pero cuando llegó el momento siente que no supo defender sus derechos.

I12	Chos	Extremadura	Doctora en antropología, dos hijos, partos muy traumáticos que aún le duele recordar, se sintió cosificada y ninguneada, piensa que hay un exceso de tecnología cuando no hace falta.
I13	Civita	Comunidad de Madrid	Bióloga, un hijo, embarazo no buscado, la trataron como a una niña pequeña por ser joven, no se sintió bien informada. Tuvo un puerperio muy duro y con rechazo al bebé.
I14	Clara	Comunidad de Madrid	Doctora en geografía, brasileña residente en España, una hija, parto en casa por miedo al exceso de intervención de los hospitales.
I15	Claudia	Andalucía	Historiadora, dos hijas, ambas prematuras y ambas cesáreas con las que aún tiene mucho trauma, el quirófano es un lugar frío y solitario, el segundo parto algo mejor gracias a una matrona muy empática que le ayudó mucho.
I16	CrisVR	Comunidad de Madrid	Teleoperadora, una hija, muy insegura, poca confianza en sus capacidades, se sorprendió de sí misma al ser capaz de parir. Parto muy rápido, el personal sanitario quería terminar lo antes posible.
I17	Cumbia	Comunidad de Madrid	Abogada, dos hijos, resalta la carencia de un apoyo emocional por parte del personal, en aras de lo técnico. Se siente muy intimidada en los hospitales y no se atreve a decir lo que necesita o lo que piensa.
I18	Emma	Comunidad de Madrid	Filósofa, trabaja en temas de salud y género, un hijo por reproducción asistida, cesárea respetuosa con acompañamiento, refiere buen trato durante la misma. Tuvo abusos sexuales de niña.
I19	Gala	Comunidad de Madrid	Comercial, un hijo, parto muy largo en el que se sintió abandonada porque no venían a ver cómo seguía, al final fue instrumental. Problemas graves en la lactancia, acabó hospitalizada por un absceso importante.
I20	Gloria	Comunidad de Madrid	Bibliotecaria, tres hijos, actitud positiva, sabe muy bien lo que quiere aunque ha tenido que luchar para conseguir tres partos respetados.
I21	Happymoon	Aragón	Historiadora del arte, dos hijos por fecundación in vitro, parto vaginal gemelar, un kristeller con los dos bebés dentro le produce un hematoma enorme y muy doloroso, la ginecóloga se escondía de ella por miedo a demandas.
I22	Jable	Extremadura	Administrativa, dos hijos, varios problemas de salud previos, en su primera cesárea le dejaron el vientre con una sensación permanentemente acorralada, tras la segunda recuperó la sensibilidad en dicha parte.
I23	Júlia	Catalunya	Abogada, dos hijos, quiso un primer parto en casa que no fue posible, le recibieron muy mal en el hospital. Su segundo parto sí fue en casa, muy respetado y tranquilo.
I24	Kalí	Comunidad Valenciana	Ama de casa, dos hijos, primer parto cesárea con anestesia general, muy traumático. Segundo parto, vaginal, con más conciencia, más respetado y sanador. Gitana, refiere comportamientos racistas por parte del personal médico.
I25	Kokoritza	Comunidad de Madrid	Bibliotecaria, dos hijos mellizos, descubrió en el embarazo que tiene VIH, vivió un embarazo con muchos miedos. El personal le obliga a programar una cesárea por miedo al contagio a sus bebés.
I26	Leia	Comunidad de Madrid	Abogada y doula, dos hijos, dos partos respetados, el primero iba a ser en casa pero no progresaba así que se desplazó al hospital sin decir que venía de intentar un parto en casa.
I27	Lola	Catalunya	Psicóloga, un hijo, sintió su parto como una lucha continua en la que continuamente tenía que estar peleando por todo, perdiendo el control sobre su propio cuerpo.
I28	Lucía	Comunidad de Madrid	Educadora especial, un hijo, parto respetado con instrumental aunque piensa que a veces no le explicaban las cosas lo suficiente ni ofrecían los supuestos recursos de parto natural con los que contaba el hospital.
I29	Maicha	Galicia	Auxiliar de enfermería, cinco hijos, cinco partos con cinco episiotomías. Tuvo abusos sexuales de niña y eso le dificultaba los partos, desarrolló en sus embarazos terror a parir (tocofoobia).
I30	Maremota	Andalucía	Licenciada en ADE, trabaja en logística, una hija, parto muy traumático, inducción en hospital repleto y con poco personal, puso una reclamación.
I31	Mathil	Comunidad de Madrid	Filósofa, trabaja como responsable de compras. Dos hijos, embarazos vividos con mucha alegría, tras ambos partos ingresan a los niños en neonatos, mucha angustia por esos ingresos.
I32	Mrg78	Comunidad de Madrid	Periodista, dos hijos, tuvo que pagar para tener partos respetados, lo que para ella eso ya es una forma de violencia. Se arrepiente de haberse puesto la epidural y haberse perdido una experiencia más fisiológica de los partos.
I33	Nausicaa	Aragón	Periodista, tres hijos, su tercer parto fue en casa por sorpresa porque no le dio tiempo a llegar al hospital.
I34	Nessi	Comunidad de Madrid	Pediatra, tres hijos, su segundo parto fue muy intervenido y tuvo mucho dolor, le costó quedarse embarazada del tercero por la experiencia traumática de ese segundo parto.
I35	Sayenas	Islas Canarias	Economista, dos hijas, primer parto por cesárea, tuvo que luchar para que su segundo parto fuera vaginal, también para que a su hija pequeña ingresada en neonatos no le dieran leche artificial.

I36	Sfg	Comunidad de Madrid	Doctoranda en publicidad, dos hijos, puso una reclamación porque le intentaron hacer una maniobra de Hamilton sin consultar.
I37	Txu	Comunidad de Madrid	Psicóloga aunque trabaja en teleasistencia, un hijo, pasó por un ingreso de un mes por amenaza de parto prematuro, en el ingreso intentaban todo el tiempo persuadirla para que los estudiantes pudieran practicar con ella.

Tabla 5.1. Resumen de las madres.

Profesionales

#	PSEUDÓNIMO	CCAA	PRESENTACIÓN
I38	Al	Comunidad Valenciana	Matrón, quería estudiar medicina pero al final se enamoró de la matronería. Trabaja como autónomo porque considera que es la única manera de poder ofrecerle a las mujeres el tiempo que necesitan.
I39	Covicheira	Galicia	Matrona, trabaja ahora en atención primaria, también hace partos en casa, estudió enfermería directamente para ser matrona, mucha vocación.
I40	Deiviz	Castilla-La Mancha	Matrón, trabaja en la pública y piensa que se están produciendo muchos cambios, que cada vez se escucha más a las mujeres.
I41	El Cid	Comunidad de Madrid	Ginecólogo, cree que la medicina pública está masificada y que además hay mucha picaresca, la medicina que se practica es defensiva a causa de esto.
I43	Indie Matrona	Comunidad de Madrid	Matrona por vocación, atiende tanto en la pública como en la privada. Se sitúa en una posición intermedia entre el intervencionismo y los partos totalmente naturales.
I44	Jjj	Comunidad de Madrid	Uno de los primeros matrones varones en España, lleva ejerciendo desde los años 80, así que ha visto cómo ha ido cambiando la atención obstétrica desde entonces.
I45	Luna	Catalunya	Matrona formada en Inglaterra, atiende partos en casa, vocacional, piensa que parir es un acto fisiológico y que en casa pueden darse las condiciones idóneas para conseguirlo.
I46	Maiai	Islas Canarias	Matrona de atención primaria, tuvo una crisis de varios años en los que no quiso seguir como matrona porque lo que veía chocaba con lo que ella creía que debía ser.
I47	Mar	Islas Baleares	Matrona desde hace 33 años, activista por los partos respetados, trabaja en atención primaria y también atiende partos en casa.
I48	Marta	Extremadura	Ginecóloga, aunque ahora mismo está de excedencia porque no sabe si quiere seguir ejerciendo, el modelo asistencial no coincide con lo que a ella le gusta y ve mucha violencia.
I49	Matrona Empoderada	Asturias	Matrona que intenta luchar desde dentro del sistema para que se resalte más la autonomía de la mujer, aunque resulta muy difícil y ella sufre mucho por esto.
I50	Mickey Mouse	Comunidad de Madrid	Ginecólogo, jefe de servicio de ginecología de su hospital. Intenta hacer ver a los gestores las ventajas de los partos humanizados, a pesar del aspecto económico.
I51	Savannah	Islas Canarias	Ginecóloga que acaba de empezar en el hospital de una pequeña isla, están intentando redactar protocolos y ponerse de acuerdo en un modelo asistencial respetuoso.
I52	Smiling Caballero	Comunidad de Madrid	Ginecólogo y psiquiatra, atendía partos en casa pero por una denuncia ha tenido que dejarlo, ahora está en la sanidad pública aunque no cree en ese modelo asistencial.
I53	Yogui	Comunidad de Madrid	Ginecóloga en un hospital privado, equipo joven, relata que su hospital tiene un índice muy bajo de cesáreas para ser un privado.

Tabla 5.2. Resumen de los profesionales.

El análisis del discurso de las madres me mostró que, aunque todas tenían sus historias particulares, con su mayor o menor simpatía por los profesionales de la salud en general, con su mayor o menor satisfacción con su experiencia o experiencias de parto, sí que existía en prácticamente todas la conciencia de que la violencia obstétrica existe y de que se trata de algo tan sumamente normalizado que todas las mujeres pasaremos por ello antes o después en mayor o menor medida. La sensación de indefensión y

vulnerabilidad también puede apreciarse en el lenguaje, porque muchas utilizan la segunda persona cuando cuentan sus experiencias, haciendo de ese modo referencia a lo que les hubiera gustado en su momento decirles a los profesionales pero que no se atrevieron a causa de esa sensación de exposición y vulnerabilidad. Por ejemplo, *Alexia* dice cosas como:

No, no me estáis haciendo un favor, es que no puedo más, así que o me dejáis dormir un ratito o me dais de comer y repongo energías o yo lo siento pero de verdad que no puedo.

También algunas madres utilizan la segunda persona del singular para hablar de sí mismas, quizás como medida de protección, de desconexión, de sentir que fue otra la que pasó por eso. Por ejemplo, *Lucía*:

Claro, como te sientan en la cama, te tumban, ya no notas tú... Entonces, hombre, lo de la epidural es un arma de doble filo.

La gestualidad resultó igualmente de suma importancia: pude ver en sus rostros cómo las madres iban relajándose a lo largo de las entrevistas, gracias a que el ambiente resultó siempre íntimo, cordial, y favorecedor para una charla de este tipo, dejándoles siempre a ellas que expresaran lo que necesitaran, e intentando moderar la conversación, pero sin interferir demasiado en ésta. Hubo mímicas de los procedimientos y posturas, caras de sorpresa, miradas melancólicas, muchas risas... y muchas lágrimas. Lágrimas, sí, porque por desgracia muchas mujeres aún lloran al recordar cómo fue su parto, cómo se sintieron y la impotencia que todavía notan por no haber sido capaces de reaccionar de otro modo, ya que se siguen sintiendo culpables, como si en el momento hubieran podido actuar de otra manera. Así, hay muchas sensaciones de culpabilidad, rabia, tristeza y miedo aún latentes. También hay madres que, después de una experiencia de parto traumática, tuvieron un segundo o un tercer parto mucho más respetado y empoderador, lo que en cierto modo las reconcilió consigo mismas y con sus cuerpos, con la sensación que experimentaron anteriormente de no ser capaces de parir por sí mismas y de sentirse pequeñas y expuestas, como por ejemplo *Nessi*:

Mi tercer parto fue una reconciliación, total, se me quitó la espina con diferencia. Vamos, la sensación que tuve fue «así, sí». O sea, para esto estamos preparados.

Por supuesto, en las entrevistas también hubo risas, momentos graciosos, anécdotas y bromas, complicidad y recuerdos divertidos. En cualquier caso, para lo bueno y lo malo, para las narrativas de los momentos agradables y de los no tan agradables, por mi parte ha sido un placer y un honor poder escuchar a estas madres, poder aprender de ellas, poder maravillarme con su capacidad de resiliencia, con su afán de superación, con su amor hacia sus hijos.

El discurso de los profesionales resultó diferente en cierta medida, ya que la sensación no resultó tan homogénea en todos ellos. Es cierto que algunos profesionales sí aprovecharon la oportunidad para desahogarse de sus frustraciones, para comentar cómo no podían trabajar como ellos querían, llegando a llorar recordando lo dura que les resultaba esa situación, o incluso contándome cómo habían decidido dejarlo porque no podían soportar más este modelo asistencial... Pero no fue así en todos, quizás en la mitad de ellos se trató más bien de una charla cordial pero carente de tanta emotividad como en el caso de las madres. Y creo que esto resulta muy significativo: es evidente que las experiencias de las madres resultan únicas para ellas, porque el número de partos que experimentarán será limitado. Pero los profesionales asisten partos todos los días, y las rutinas producen con mucha frecuencia insensibilización a los temas: los protocolos hospitalarios, con su guion prefijado, muchas veces influyen en demasía en una atención monótona y una despersonalización de los pacientes, lo cual según varios estudios existentes (Muñoz Seco *et al.*, 2006; Ribera Domene *et al.*, 1993), es una de las causas de la desmotivación laboral e incluso del denominado «síndrome del *burnout*», lo que coloquialmente se denomina «estar quemado»: una presencia de estrés prolongado en el organismo ante los factores estresantes presentes en el ambiente laboral, a causa de exceso de trabajo, fatiga crónica y trabajo repetitivo. Hablaremos sobre el *burnout* más adelante (apartado 5.5.5).

También cabe mencionar cómo, cuando se trató el tema de la violencia obstétrica al final de cada entrevista, pude observar cómo los profesionales se dividían claramente en dos grupos: aquellos que admitían sin problema su existencia, y temían realizarla o incluso referían haberla llevado a cabo, y aquellos que la veían como algo «del pasado» o propio «de otros países» y que en un primer momento incluso se ofendían claramente con la pregunta (aunque luego desarrollándola acabaron admitiendo que sí es cierto que

la atención no siempre resultaba respetuosa). ¿Por qué *Smiling Caballero* opina que «la violencia obstétrica es un insulto al profesional», o por qué *Yogui* compara la violencia obstétrica con las ofensas de los pacientes a los profesionales cuando no se presentan a las citas? ¿Puede ser quizás una cuestión del término, que la palabra «violencia» resulte tal vez demasiado dura de digerir? Porque como dice la ginecóloga *Marta*:

Es que no sé qué palabra le daría yo, pero es que ellos lo primero que piensan es que les estás acusando de violentos, de ser una persona violenta, y claro, eso ya te echa para atrás, «oye, que yo vengo aquí a trabajar y a sacar el trabajo p'adelante y a hacer las cosas bien», ¿quién va a decir «estoy aquí puteando a la gente»? Eso no... no es una cosa que se atreva a decirlo nadie, ¿no? Y yo misma te estoy diciendo que he ejercido la violencia obstétrica, pero porque sé que te lo puedo contar, pero eso cómo lo voy a decir yo por ahí...

Así, el término «violencia obstétrica» genera, como poco, controversia, para quienes quizás no han reparado en que, como dice también *Marta*, se trata de «algo que está mal desde la base», y no de algo personal de cada profesional: no se pretende afirmar que nadie que esté en su sano juicio desee voluntariamente causar dolor a las mujeres, sino que, como ya analizamos anteriormente en el apartado relativo a la estructura de la violencia, la violencia obstétrica está totalmente institucionalizada y resulta por ello algo estructural.

5.1. DEL EMBARAZO

5.1.1. El descubrimiento del embarazo

Cuando una mujer se queda embarazada, y acude a la matrona o al obstetra para la primera visita, empieza el proceso de patologización de su estado. En efecto, se le realizarán análisis, muchas ecografías «de recreo» —no son necesarias más que dos o tres, las restantes muchas veces añaden más preocupaciones que otras cosas, además se ha demostrado que las ecografías no son inocuas (Rakic, 2006)—, pruebas molestas (ingesta de glucosa para descartar diabetes gestacional, exudado vaginal y anal para detectar la presencia o ausencia del estreptococo, etc.) o directamente inútiles (monitorizaciones continuas al final del embarazo que sólo están indicadas para fetos con cardiopatías, por ejemplo, como veremos más adelante).

El momento de descubrir que una está embarazada puede ser muy dispar, según las experiencias emocionales y las vivencias de cada mujer.

Una emoción muy habitual es el **miedo**, sobre todo en madres primerizas. En un estudio realizado en Inglaterra con más de 1200 mujeres embarazadas (Green *et al.*, 2003), se observó una preocupación muy común respecto a la propia salud, a los aspectos médicos, socioeconómicos y relaciones. *Happymoon* me contó cómo vivió todo el embarazo con miedo:

O sea, el embarazo lo llevé así como con mucho miedo, de que no fuera a ir bien, de que no llegara al final... Cuando me hicieron el triple screening éste salió un porcentaje altísimo de que iban a ser síndrome de Down los dos o algo así, pues tenía mucho... y hasta el final no quería yo pensar ni en el parto ni en nada.

Ese miedo suele ser igualmente muy común en mujeres que han pasado por un aborto anterior. En estudios en mujeres que habían experimentado pérdidas de embarazos anteriores éstas expresaron cómo temían que se produjera una nueva pérdida, así como el estrés que suponía cada visita sanitaria, pues siempre temían recibir malas noticias (Côte-Arsenault y Bidlack, 2001).

A los dos meses le perdí, un aborto diferido... Fue lo peor, o sea, fue... nadie lo entiende. Para mí era un bebé, ya está, y tener que pasar por quirófano... lo pasé muy mal. A día de hoy, creo que a lo mejor no hubiera ido, hubiera intentado la expulsión, pero claro, estaba muy pez, muy verde, muy asustada, no sabía... No quería perderlo...

(*Besly*)

Entonces, muy mal, yo lloré mucho, y tuve un aborto, y entonces yo pensé que había sido por llorar mucho y por estar mal, y entonces fui a buscarlo. Qué cosas, ¿no? Fui a buscarlo y me quedé embarazada, y el embarazo fue muy bien, pero ya te digo, yo pensaba que no iba a parir nunca, tenía tanto miedo al parto, que mi familia me decía, mi madre sobre todo, «cuando vayas a parir no puedes quejarte, no puedes chillar, y no puedes... porque si no no te van a hacer caso y te van a tratar como de loca», ¿no? Mi madre me decía siempre eso, y mi familia, que no me quejara mucho, porque si no... que no me pusiera a chillar, que yo era muy pequeña y como que me iban preparando, ¿no?

(*Kali*)

Bac+2 me contó cómo tuvo un tercer embarazo no deseado, y todo lo que se le pasó por la cabeza entonces:

Al poco tiempo de nacer Dunia, mi segunda hija, no he vuelto a ver la regla, porque me quedé embarazada rápido, y eso sí que fue muy duro para mí, porque mi cuerpo yo creo que no estaba preparado. No fue buscado, vino de sorpresa y me pilló fatal, me pilló muy mal porque la situación laboral está muy mal, no trabajamos los dos, y luego tenía planeado que mi hija mayor iba a ir al cole, la otra se quede conmigo... pues no, fue horrible porque de repente ya estás embarazada, y yo no quería, no quería seguir, de hecho intenté... bueno, lo intenté por medios que no tenía que haberlo hecho.

Vivir el embarazo con miedo también es común después de haber pasado por experiencias anteriores negativas. *Adriana* necesitó incluso apoyo psicológico:

Yo tenía muchos miedos a que me volviera a pasar lo mismo, o sea, que no me pusiera de parto, que tuviera que volver al hospital, que volviera a repetirse un poco la misma historia, y también a lo que viví en relación a la familia al final del embarazo que, como te he dicho antes, me sentía muy observada, estaba muy pendiente de mí la gente, a manejar un poco esa situación, en eso me ayudó, sobre todo a meter un poco de tranquilidad, de que no tenía por qué suceder así, de hecho no pasó, claro, fue completamente diferente. Me ayudó en ese sentido a... me aportó tranquilidad y me aportó la serenidad de saber de que todo iba a ir bien a pesar de que... aunque sucediera algo que no estaba esperado

Las mujeres que han pasado por abusos sexuales en la infancia igualmente pueden vivir el embarazo con miedo, sobre todo anticipándose al parto.

Yo sufrí abusos sexuales siendo una niña y me generaba... o sea, me daba muchísimo pánico que durante la fase de dilatación mucha gente estuviera ahí tocándome y todo eso y que se me hiciera reexperimentación traumática y eso me frenara el parto, entonces ése también fue uno de los motivos por los que decidí escoger un hospital respetuoso, porque en el clínico, es un hospital universitario, entonces podía entrar MIR en cualquier momento, y yo sabía que ahí no iban a respetar que no hubiera tanta intervención. Y eso fue también en el plan de parto, porque lo consulté con las matronas del hospital, y me dijeron que lo pusiera si quería en el plan de parto, y lo puse, o sea, como que quería que fuera lo menos intervencionista posible en ese sentido, de no sentirme yo... como muy... como que yo quería no hubiera como mucho... Y no, no, bien, ni siquiera luego tuve que entregar el plan de parto, porque todo fue muy bien, pero tenía como la introducción ésa del plan de parto, y luego tenía ya como si era vaginal qué quería que pasara, si era cesárea qué quería, y si había muerte del bebé qué quería que pasara.

(*Emma*)

Me sentí expuesta. Y yo aparte tengo un historial de abuso de pequeña, y a mí la postura tan abierta, tanta gente que no conoces, por allí entran y salen, me sentí muy expuesta. Y me pasa en otras revisiones ginecológicas, que no tienen nada que ver con el parto, por la postura, por la... sentirme expuesta.

(*Maicha*)

De hecho, cuando *Maicha* comentó su historial de abusos sexuales con el personal, para intentar conseguir cierta consideración al respecto, le contestaron simplemente que «ya era hora de superarlo»:

Sí, y me dijeron que era hora de superar mis traumas. La postura era estar abierta y que de repente pasara gente por la puerta y se metiera dentro de la consulta... Y tú estás agarrada por los talones, dices tú... ¿sabes? O sea, de hecho, no sólo en obstetricia, a mí me ha pasado en consultas de ginecología, es más, yo no hago revisiones ginecológicas que me... la suerte es que he tenido

muchos partos, entonces ahí me llevo mis revisiones, pero aún no he dado con un ginecólogo en la seguridad social con el que yo esté cómoda, porque no... aparte, además de la postura, es... fiuuuu (gesto de rapidez), y te duele, yo además tengo el útero posterior, con lo cual en seguida tengo el dolor ahí, y te dicen «relájate, colabora», es como si te meten un dedo en el ojo y te dicen «colabora, relájate», pues no, me estás haciendo daño, o sea... Una vez con la ventana abierta, y yo «¿puedes cerrar la ventana?», «mujer, si no te ve nadie», «yo los estoy viendo a ellos, ¿por qué ellos no me van a ver a mí?».

IndieMatrona considera que es de suma importancia tener en cuenta el abuso sexual dentro del historial, y opina lo siguiente sobre lo que le sucedió a *Maicha*:

Para contestar eso... te contestan eso y dices como «vale, es que te está dando exactamente igual lo que me haya pasado». ¡No! Yo creo que eso es muy importante tenerlo en cuenta. Que es verdad que hay mujeres que tienen mucha menos tolerancia al dolor, pero yo lo achaco a lo que hayan vivido anteriormente, y se puede conectar con una mujer en poco tiempo.

En efecto, hay estudios que indican que resulta de suma importancia el trato delicado a mujeres embarazadas que experimentaron abusos sexuales en la infancia:

Se estima que aproximadamente un 27 % de las mujeres tienen un historial de abuso sexual en la infancia. Los efectos a largo plazo incluyen consecuencias físicas y psicológicas que pueden afectar a las mujeres a lo largo del período prenatal, embarazo y postparto. Una mirada cuidadosa a todas las mujeres embarazadas, así como el uso de intervenciones específicas durante los exámenes y procedimientos pueden ayudar a las supervivientes de abusos sexuales en la infancia a experimentar el parto como sanador y empoderador. Los profesionales de la salud que también son supervivientes de este tipo de abuso pueden ayudar mucho mejor a las pacientes trabajando terapéuticamente en su propia sanación (Heritage, 1998: 671).

Pero no todas las mujeres viven el embarazo aferrándose a sensaciones de miedo, angustia o estrés. También hay otras que los viven en tanto que **experiencias positivas**, independientemente de otros embarazos anteriores o de su inexperiencia como gestante.

La verdad es que he creído que he tenido suerte y los he vivido muy feliz, muy plena, yo creí que mi estado ideal es el embarazo porque me siento llena de energía y muy bien, realmente para mí estar embarazada ha sido siempre una experiencia muy positiva y realmente sí, yo quería tener más si las circunstancias fueran otras.

(Anabel)

Me sentía tan a gusto con el embarazo que yo decía «es que no tengo ninguna prisa por dar a luz, me tiraría así embarazada, disfrutando del embarazo y de sentir a mi bebé dentro...

(Mathil)

Algunas mujeres tenían enfermedades previas. A *Besly*, aquejada de miopía magna, le diagnosticaron que no podría parir, por peligro de desprendimiento de retina, la oftalmóloga llegó incluso a decirle «date cuenta de que si tienes un parto vaginal, todos se quedan tan contentos con el bebé en brazos, y la mamá en la UVI ciega de un ojo».

Existen varios estudios sobre los efectos del parto vaginal en mujeres con miopía. Por ejemplo, Katsulov *et al.* (2003) describen casos de mujeres con alta miopía que dieron a luz por vía vaginal sin ningún deterioro en la visión. Los estudios de Prost (1996) y Neri *et al.* (1985) arrojan resultados similares: no existe ninguna evidencia científica de que las mujeres con miopía magna tengan que someterse a una cesárea electiva únicamente por este motivo.

Por suerte, *Besly* no se conformó con lo que le comentó la ginecóloga, y buscó una segunda opinión:

Me fui a un especialista en retina, me dio un informe como que podía tener un expulsivo acortando el expulsivo, entonces yo estaba segura de que al final iba a ser episiotomía, pero bueno, había que sopesarlo todo. Aun así, cada vez que iba al oftalmólogo, yo iba por la seguridad social, eso sí que no quería por lo privado, aun así seguían diciéndome que joer, por qué, que una cesárea, una cesárea, digo «bueno, ya hablaremos, ya hablaremos, a mí el retinólogo me ha dicho que no hay peligro».

A *Bea* le pasó algo parecido:

«¿Pero cuántas dioptrías tienes?» «unas ocho en cada ojo», y fue como «uy uy uy», le saltó la alarma y me dijo «claro, esto... es que no puedes pujar», yo le dije «¿pero cómo que no puedo pujar?», entonces me fui al Institut Català de la retina y me hicieron... no sé ni qué me hicieron, me pusieron dos gotas en cada ojo, me miraron con una luz, y el señor me hizo un informe y encima me acuerdo que en el informe me puso que estaba perfectamente bien para realizar un parto natural, que me lo escribió así, súper majo el señor, y me acuerdo que... como incluso pareciera... como incluso que le diera rabia a la comadrona que le llevara el informe, fue en plan «me han hecho esta carta, no podéis decir que no, y punto».

Cuando *Kokoritza* recibió los exámenes del primer trimestre, éstos vinieron con doble sorpresa: por un lado, esperaba dos bebés... pero además, tenía VIH. Un embarazo de alto riesgo. Experimentó un auténtico pánico en cuanto recibió la noticia.

En la analítica del primer trimestre nos detectan VIH, o sea, me detectan a mí VIH, y como consecuencia a mi compañero también. Y entonces ahí... bueno... más shock, más flipe y más de todo, y mucho miedo, y mucha cosa, mucho de todo porque en principio los médicos de la sanidad pública, o sea, los del centro

de salud de aquí del pueblo no se encuentran casos de éstos, no se habían encontrado nunca un caso de esto, entonces lo que primero te dicen es «aborta».

[...] Miedo, mucho miedo, porque además como el VIH es un tabú, pues hay mucho desconocimiento de cómo es la enfermedad y de qué pasa con los enfermos, entonces tú lo primero que piensas es que mueres y lo siguiente que piensas es que «me muero yo, y me llevo por delante a otros dos», bueno, en ese momento era uno, pero... sí. Mucho susto, mucho shock.

En un estudio de investigación de los sentimientos de las mujeres embarazadas con VIH sobre la propia infección y la maternidad (Torres de Carvalho y Piccinini, 2006), se mostró la dificultad por parte de éstas de asimilar el diagnóstico, con intentos de justificar el origen de la infección. Es normal que en esos momentos aparezcan muchos miedos al embarazo, el parto, a la transmisión al bebé e incluso a la muerte de éste, mezclando todo ello con una gran sensación de culpabilidad. Por eso, resulta imprescindible que los profesionales acompañen con delicadeza y ofreciendo apoyo emocional, a las mujeres en el momento del diagnóstico, respetando el tiempo de cada mujer para asimilarlo, así como la reacción ante el resultado. *Kokoritza* no tuvo esa suerte: su diagnóstico fue rudo, culpabilizador, y carente de todo tacto, como veremos más adelante.

En cualquier caso, está claro que en la asistencia al embarazo se tienen en cuenta únicamente los aspectos físicos del mismo, desatendiendo los temores y miedos y otros aspectos psicosociales que las mujeres puedan tener:

Resulta enormemente llamativo el desinterés de la asistencia perinatal actual por todos los factores no propiamente somáticos o incluso la falta de perspicacia para captar la mediatización de éstos por los psicosociales. Este análisis puede ser aplicado a los diversos momentos del proceso (González de Chávez, 1993: XVIII).

Cada madre recibe el descubrimiento del embarazo de acuerdo a sus propias creencias, emociones y experiencias previas: unas lo vivirán con felicidad, otras con miedo por diversas causas, otras con indiferencia, otras con prelejidad... O incluso se puede experimentar todo un abanico de emociones. En cualquier caso, desde ese momento se pone en marcha la atención obstétrica: comienzan las pruebas, las analíticas, las ecografías, la interacción entre madres y profesionales.

5.1.2. Pruebas y consultas del embarazo

Una vez detectado el embarazo, empieza a funcionar la maquinaria sanitaria. Según la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (OSM 2012: 36), desde el principio las mujeres y sus parejas deberían disponer de toda la información necesaria sobre cómo es el proceso del embarazo y el parto desde un punto de vista fisiológico, con el fin de intentar que no vivan estos momentos con miedo, incertidumbre y desorientación, y para que el embarazo se disfrute. Tanto en la sanidad pública como en la privada, las mujeres se realizan diversas pruebas para confirmar que todo está funcionando correctamente: analíticas, ecografías, test de O'Sullivan, triple screening, exudado vaginal y anal para detectar si hay presencia de estreptococo, etc.

El **triple screening** es una prueba que se realiza en el primer trimestre, para valorar el riesgo de cromosomopatías, combinando tres marcadores bioquímicos presentes en la sangre de la madre: PAPP-A (alfa-fetoproteína, proteína producida por el feto), beta-HCG libre (gonadotropina coriónica humana, la hormona de embarazo, producida por la placenta), y estriol libre (estrógeno, producido tanto por el feto como por la placenta). Cuando el triple screening arroja resultados alterados, algunas mujeres deciden realizarse una amniocentesis, es decir, una punción para extraer una muestra del líquido amniótico, destinada a detectar defectos congénitos con mucha más precisión que el triple screening, cuyos resultados son estadísticos o aproximados. *Besly* cuenta:

El problema fue el triple screening, para mí fue un antes y un después, me dio un porcentaje muy alto, muy muy alto, y me asusté mucho, me asustaron mucho, yo no sabía cómo hacerles entender que me daba igual, que yo no iba a cortar eso, que no quería un Down, por supuestísimo que no, pero que yo no iba a dejar que no viviera, pero claro, yo esto no quería discutirlo con nadie, entonces todo el mundo me decía «¿y qué vas a hacer?» y yo «vamos a ver, cuando sepa lo que hay, veré, me estoy informando sobre las pruebas de análisis de sangre», que aunque eran una pasta, pero... bueno, por lo menos no era la amniocentesis, pero no recogían sangre en Navidad, así que me volví a repetir el triple screening, dio menos porcentaje pero aun así dio entre 1 de 250, la otra una de las partes era 1 de 50. Y tuve que hacerme la amniocentesis.

De hecho, *Besly* relata cómo se sintió muy sola y vulnerable el día de la amniocentesis:

El problema fue que a mí me dijeron que iban a dejar entrar a mi marido, cuando llegué el día de la amniocentesis no le dejaron pasar, y me cabréé mucho, pero claro, luego le dije a mi marido «¿pero por qué no has dicho nada?» y me dice «¿me peleo con el médico que te va a pinchar?», y claro, me mareé mucho, es como si te estuvieran extrayendo el alma. Yo le dije «usted dígame cuándo me

tengo que quedar quieta y dígome cuándo me puedo mover», entonces ni respiraba, yo imaginé todo lo imaginable positivo, pero yo mi cuerpo iba así, estaba tumbada mareada, es que me desmayo, es que me voy a desmayar, y sin tener apoyo de mi marido, que eso sí que me fastidió bastante, parece una tontería, pero tener ahí una mano amiga... al final en urgencias acabé, me tuvieron que sacar en silla de ruedas. Dice «ya hemos terminado», digo «¿está todo bien, me puedo mover?» dice «sí», digo «estoy muy muy mareada, muy mareada, que me caigo», y nada, me tuvieron que dejar en urgencias porque estaba fastidiada.

Al final del embarazo, muchas gestantes relatan cómo se les hace una **maniobra de Hamilton**, esto es, aprovechando un tacto vaginal, despegar con los dedos las membranas amnióticas de las paredes del útero. Esta maniobra se suele utilizar para ayudar a inducir el parto, porque produce un aumento de la producción local de prostaglandinas. Se trata de una técnica muy controvertida, ya que no sólo está desaconsejada por la OMS, sino que resulta dolorosa y no existen estudios que respalden su eficacia (Gilart Cantizano *et al.*, 2016: 2). Además, el problema es que muchas veces se realiza sin informar.

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

(Adriana)

Me dijo «te voy a hacer un tacto a ver cómo estamos» y yo sé que metió la mano hasta el final, hizo algo, y me puse de parto a los dos días, o sea, a mí no me preguntó nadie en ningún momento... Y luego cuando salí me dijo «te he hecho una ayudita para que salgas de cuentas cuando te toca», entonces, bueno, con el tiempo me enteré de que eso era la maniobra de Hamilton, yo no sabía qué era eso, yo sólo sé que me hizo algo y me puse de parto a los dos o a los tres días, cuando fuera... y me hizo que me había hecho... «una ayudita».

(Ángela)

Me acuerdo que fue súper doloroso además... eso fue... Recuerdo la sensación como de tener prácticamente la mano entera dentro y... ay় দিঃ... fue un poco horrible. De hecho, me la hicieron dos veces, y luego sangré, que eso impacta, ya te lo dicen también, que vas a sangrar y que eso es así, pero bueno...

(CrisVR)

La maniobra de Hamilton puede producir contracciones, dolor, hemorragias y rotura prematura de membranas. Hoy por hoy, se suele realizar de manera protocolaria cuando la embarazada cumple 40 semanas de gestación, e incluso antes.

Nessi, que además es médica, tampoco se libró: sus propios colegas del hospital le hicieron la maniobra de Hamilton sin avisar.

Y en la segunda no me lo pidieron, y salí llorando de la consulta. No me acordaba, se me había olvidado. Salí llorando de la consulta porque empecé a sangrar, entonces ya me empecé a acojonar, claro. Pero vamos, que me hicieron la maniobra de Hamilton por la mañana y por la tarde ya había nacido. De hecho, se lo dije mientras me la hacía: «¿me estás haciendo un Hamilton? Pero hombre, habérmele dicho, joder», y me hizo un daño... Y salí llorando de la consulta, llorando como una magdalena... Me dijo que porque ya estaba a término y por ponerme de parto...

Sin embargo, *Sfg* consiguió evitar la maniobra, e incluso redactó una reclamación por el intento por parte del personal de intentar realizar la maniobra de Hamilton sin su permiso (ver figura 5.10):

«Si te parece te voy a mirar un momentito a ver cómo está la cosa», claro, yo le dije... no entiendo por qué me vas a mirar por dentro, no tienes ninguna necesidad, me puedes hacer la ecografía... «no, bueno, es para ver cómo estás y si acaso acelerarlo un poquillo, porque ya vas a hacer la semana 40», digo «no, perdona pero no, eso creo que es innecesario, y que lo que pretendes es hacerme una maniobra de Hamilton», «bueno, bueno, si tú no quieres, esto es alternativo, tú eres la que decides si te lo hago o no». Dices «sí, claro, porque yo sé lo que me vas a hacer, si llego a ser otra, le habrías encasquetado una maniobra de Hamilton, innecesariamente».

A veces, las **meras preguntas en las consultas del embarazo** no son bien recibidas. A *Alexia*, la «trataton de tonta para arriba» por su preocupación a causa de una operación anterior de quistes en el vientre, cuyas cicatrices *Alexia* temía que se abrieran. *Andrómeda* también me contó cómo cuando no querían contestar a algo se limitaban a decir que eso era así «por protocolo» y desviaban a partir de ese momento la mirada al monitor del ordenador, «y yo ya no estaba ahí». *Sayenas* quiso preguntar por los planes de parto y se rieron de ella:

Sólo una vez es verdad que fui a un ginecólogo privado y dije «no vuelvo», porque no creo que sea la forma de tratar a la gente, hay veces que creo que es verdad que ellos son los profesionales pero no tienes que nunca pensar que una embarazada ni que intente saber más que un ginecólogo ni nada, pero sí que es verdad que te puedes encontrar con ginecólogos un poco desactualizados y que

si tú le vas con algo te dirá «esto son las modernidades, esto son las tonterías de hoy en día», y hay cosas que no son ninguna tontería, que es él el que tiene el problema de no actualizarse. Preguntar algo sobre... que yo nunca lo llegué a redactar, porque nunca me hizo falta, pero preguntarle sobre el plan de parto y decir «eso son modernidades de hoy en día, en el hospital hacen lo que yo digo», o sea, ¿perdona? (se ríe). No creo que sean formas de hablar ni de tratar a nadie.

Otras veces, las mujeres son reprendidas por haber **aumentado de peso** en el embarazo más de la cuenta. Según la investigación de Stotland *et al.* (2010), hay una necesidad de mejora en el entrenamiento de los profesionales (matronas y ginecólogos) para ofrecer consejos nutricionales, incluyendo técnicas de comunicación y estrategias que no estigmatizan o causen ansiedad a las embarazadas. El problema es que muchas mujeres durante el embarazo sienten ansiedad por no ser capaces de engordar sólo lo que está «permitido», lo que además influye negativamente en la autoimagen de las mujeres en el embarazo.

En el segundo embarazo yo recuerdo que esto no he gustado nada aquí, que el médico me ha dicho que soy gorda, que no se me ve nada por encima. Me ha dicho que soy bastante gorda para que se vea y tuvo que ponerme ecografía vaginal, pero por mí me daba igual que me dijera «tenemos que hacerlo vaginal», pero no tenía por qué llamarme gorda, hay maneras de decir las cosas...

(Bac+2)

Y luego el segundo, pues ya... (gesto de desagrado) yo siempre he estado luchando con mi peso, la verdad, siempre he tenido mis altos y mis bajos, y siempre estoy con problemas de peso, y en el primero no, pero en el segundo ya me había quedado yo con unos kilitos de más, y entonces me acuerdo que me pesó y me quiso hacer la O'Sullivan antes de tiempo. En mi otro embarazo ni tuve diabetes gestacional ni nada, pero claro, dice «no, es que... claro, estás un poco pasadita».

(Claudia)

Las **revisiones del embarazo** son momentos donde las mujeres aprovechan para preguntar dudas, transmitir sus miedos, y en general tener un contacto con los profesionales sanitarios. Muchas mujeres se encuentran ignoradas y maltratadas en dichas consultas. *Kokoritza*, por ejemplo, cuando recibió el diagnóstico de embarazo con VIH se sintió extremadamente maltratada. *Júlia* también se sintió mal, porque le dieron consejos nutricionales contrarios a la evidencia científica, al ser ella vegetariana. Con *Txu* se equivocaron con los resultados de su analítica:

Y luego lo que era la tocóloga y eso... fatal, fatal, fatal, además conmigo se equivocó en la lectura de la analítica, total, que yo al final acabé teniendo un hipotiroidismo porque ella me cambió el tratamiento porque interpretó mal los niveles... bueno, un desastre. Siempre rápido, no hacerte caso... Y de hecho, yo una de las veces ya le dije que estaba así como molesta en la tripa, que ya eran las primeras contracciones, porque ya sabes que yo tuve así todo este lío en el embarazo, y «es normal, es normal»...

De hecho, *Txu* tuvo que pasar por un ingreso hospitalario de casi un mes antes de dar a luz, por amenaza de parto prematuro, así que vivió un embarazo muy medicalizado, con una gran cantidad de tactos vaginales diarios, se sintió muy mal en ese ingreso tan largo:

Nadie me pedía permiso, nadie nada, y eso que yo me quejé muchas veces de «por favor, ¿es necesario?» y «claro que es necesario, hay que hacerlo», y me hacían al día... es que al día me podían hacer... y es que encima, claro, hospital universitario... Y bueno, ecografías vaginales igual, no sé si fueron quince, veinte... una locura.

[...] Me sentí totalmente humillada, totalmente... muchas veces ridiculizada, en que cada noche subiese una ginecóloga o un ginecólogo de urgencias, nuevo, sin haberse leído el historial, queriendo ponerme un tratamiento que ya me habían puesto, hablándome que si el primer ciclo de atosibán cuando yo ya iba por el tercero y ya no me quedaban más opciones, y tener que ser yo y mi pareja todo el rato los que les explicábamos... o sea, me sentía... me sentí muy mal, muy mal. Se equivocaban con la medicación, y tener que decir «no, es que estoy tomando tanto y no de tanto», y siempre, siempre, siempre, intentando justificar los errores, ¿no? Y muy cansado, y sí, me sentí totalmente... pues eso, de «qué vas a saber tú», ¿cómo que voy a saber yo?

Hubo varias cuestiones particulares respecto a las consultas del embarazo que me llamaron especialmente la atención. La primera es el caso de *Andrómeda*, que tuvo diabetes gestacional en el embarazo y se sintió infantilizada por cómo trataban los **resultados de sus recogidas de valores con el glucómetro**:

O sea, tú te pinchas para ver, entonces tienes que rellenarlo, y enseñárselo, y entonces yo con eso ya por ejemplo tenía pelea. No sólo enseñárselo, sino que tienes que llevar la máquina (el glucómetro) por si a ellas se les ocurre que tienen que mirar si has llenado sin mentir. Entonces yo me negué a llevar la máquina, y les dije que no les iba a enseñar la máquina, que para eso rellenaba el informe, si no que me pidan la máquina y que lo llenen ellas, pero yo no estoy llenando un papel para que luego me pidan la máquina. Entonces se lo dije y bueno, la historia es ésa, que como habrá algún paciente que les mienta... como registra las mediciones, ellas te piden la máquina para ver si has mentido o no. Yo les decía «pero... ¿por qué te iba a engañar a ti? Me estaría engañando a mí», o sea, era como «¿a mí qué me importa mentirte a ti?».

También me sorprendió el caso de *Nessi*, que es pediatra y madre de tres hijos. Cuando estaba embarazada de su segunda bebé, decidió **seguir dándole el pecho a la primera**. La ginecóloga intentaba todo el rato que abandonara esa lactancia, a pesar de que la propia Asociación Española de Pediatría no desaconseja dicha práctica dentro de un embarazo normal (AEP, 2012: 12), exponiendo cómo es completamente posible llevar a cabo la lactancia materna durante todo el embarazo y después amamantar a los dos lactantes tras el segundo parto, es decir, lo que se denomina «lactancia en tandem»:

Ella intentó en muchos momentos persuadirme en esa decisión afirmando que iba a tener siempre problemas en el embarazo, entonces cada vez que pasaba una etapa, decía «es que vas a tener un aborto», cuando pasaba la época del aborto del primer trimestre, «es que va a ser un niño con bajo peso», cuando se veía en las ecografías que no tenía bajo peso, «es que va a ser un parto prematuro»... Pues al final nació a la semana 40+3, la verdad es que la primera vez que fui a su consulta salí llorando porque me sentí súper culpable de quedarme embarazada y querer seguir dándole la teta a mi hija mayor, pero luego me informé y cuando me informé me empoderé y le dije a la señora, le tengo mucho cariño, que ese tema lo íbamos a dejar aparte, que yo iba a seguir dando la teta, y que yo me comprometía a que si había algún problema durante el embarazo, dejaba de dar teta, pero si no no, y que no tocara ese tema, porque yo me había informado y había leído estudios, y no hay relación entre abortos y dar el pecho.

El caso de *Emma* también resulta curioso. Ella tuvo su **embarazo por FIV**, tras trece meses intentándolo. Para realizar el tratamiento, tenía que introducirse unos óvulos vaginales, así que ella aprovechaba los aplicadores de los tampones para introducir los óvulos con mayor facilidad. Pero un día se olvidó un tampón dentro por accidente, así que en el momento de realizar la inseminación, tenía una infección, lo que la ginecóloga no recibió de buen agrado:

O sea, que entres en la consulta y te digan que vas a entrar a una reproducción asistida, que no es lo que tú tenías pensado, porque tú tenías pensado quedarte embarazada, no terminar en una fecundación un vitro, y que te digan eso sin mirarte... eso es una pasada. O sea, todo es como súper frío. No... muy mal, muy mal. Y el momento ése de la infección fue terrible, fue terrible. O sea, de hecho, me acuerdo cuando lo vieron, que «te has dejado un tampón dentro, tal», o sea, como súper mal, yo claro, me quedé, me puse a llorar... estaba sola en la camilla como con la jefa del área de reproducción asistida, y estábamos ella, la enfermera, y yo, y entonces ya cuando se van todas, y le dice a la enfermera, claro, al sacarme el tampón olía súper mal, de la infección, dice «tira esto que huele que apesta», no me acuerdo cómo fue exactamente la frase, pero fue como... mal, fatal. O sea, ahí el trato fue muy malo, muy malo.

Otro momento cumbre en el embarazo son **las clases de preparación al parto**, que es donde las futuras madres y sus parejas disponen de un espacio para preguntar las dudas y para saber cómo va a ser la vivencia del parto como tal, de modo que ésta resulte lo más satisfactoria posible. Además, dichas clases se encuentran incluidas en la sanidad pública en tanto que herramienta sanitaria dentro de la atención primaria, por lo que las clases se imparten en la gran mayoría de centros de salud. Sin embargo, algunas madres refieren que percibían estos cursos más como un «aleccionamiento» al momento del parto que como un espacio donde se enseñara algo que sirviera realmente. Por ejemplo, *Jable* se lamentaba de cómo no se explican problemas reales del postparto como lo relativo al suelo pélvico o a la lactancia. Y *Chos* expuso que:

Me daba la sensación, sin saber entonces nada, que estábamos allí un poco para aleccionarnos. De lo que se trataba, y de hecho lo recalca mucho la primera matrona: «vosotras hacéis lo que os digan ahí, vosotras cuando os sintáis que tal, si os dicen que hay que empujar, empujáis, si os dicen que ahora no hay que empujar, no empujéis», en todo momento que teníamos que ponernos en sus manos... ésa es la sensación, te iban preparando para eso, que no tuvieras ninguna idea.

En un artículo de Isabel Fernández del Castillo (2015), ésta explica cómo en las mujeres que asisten a los cursos de preparación al parto, si había un 50 % con intención de ponerse la epidural, después del curso dicho porcentaje subía al 80 %, y clasifica los cursos de educación maternal como «modo de preparar / adoctrinar a las embarazadas para que se porten bien y acepten todo lo que se les va a hacer sin cuestionarlo y sin dar la lata» (Ibíd.). Así, algunas de mis informantes, como *Cumbia*, expusieron que notaban que, más que explicar cómo es la vivencia del parto, se tratara de transmitir únicamente los protocolos hospitalarios para naturalizarlos. Y *Civita* opinaba que:

Yo creo que, fíjate, que preparan para que estés preparada para el procedimiento del hospital. Sí que hablamos de los cuidados del bebé y demás, pero cuando llegas ahí, a mí se me había olvidado casi todo, o todo, simplemente me acordaba de cómo era la aguja de la epidural, de lo que era la epidural, de lo que te podía pasar... O sea, era un poco del procedimiento, de decir «pues mira, vas a entrar en el hospital, te van a poner una vía, te van a hacer tal, no sé qué no sé cuántos», a mí me dio la sensación de que era un poquito de preparación al parto en el hospital.

Amanda cuenta que en sus clases de preparación al parto había una continua burla implícita hacia los partos naturales, que se transmitía cómo lo normal era «dejarse

hacer» por los profesionales. Tanto en estos cursos como en la consulta del seguimiento del embarazo la patologización es total:

El tono con el que hablaba la matrona, incluso como medio burlándose... abre la sesión del parto respetado, y como que se burlaba de la gente que ahí estaba «de todas ustedes, la mitad en la mitad del parto va a estar pidiendo la epidural».

Por lo tanto, tras ver cómo funciona la maquinaria obstétrica desde el principio con las gestantes... si el embarazo es un proceso natural en el cuerpo de las mujeres, ¿por qué se trata como una enfermedad? Evidentemente, hay embarazos problemáticos, que requieren de una supervisión más rigurosa. ¿Pero qué pasa con los demás? ¿Por qué cualquier mujer nada más quedarse en estado entra a formar parte de una especie de categoría cercana a la enfermedad? ¿Por qué una experiencia que debería de adecuarse a los ritmos de cada madre y a sus deseos ha sido convertida por el patriarcado «en vivencia obligada de dolor, angustia y alineación» (González de Chávez, 1993: Xix)? En muchas mujeres embarazadas se acaba produciendo un efecto nocebo⁴⁵: el nerviosismo aumenta, la tensión también, sólo por acudir a una visita de rutina. Así que acaba siendo una profecía autocumplida: cuando patologizamos un estado, éste puede convertirse en tal.

5.2. DEL PARTO

5.2.1. Búsqueda de un parto respetado

Al igual que sucede con el embarazo, si el nacimiento es un proceso natural, ¿por qué también se trata como a algo patológico? Estamos ante un auténtico debate social, entre lo que podríamos llamar como visión intervencionista (partos medicalizados) y visión humanista (partos naturales) del parto, debate que cobra cada vez más fuerza. Y aquí entra en juego el término «parto respetado», tipo de parto en el cual se tendrán en cuenta durante todo el tiempo los deseos de la madre, que será tratada como un sujeto con derecho a decidir y a responsabilizarse de su propia salud, bajo la premisa de que,

⁴⁵ Contrario al efecto placebo. Aparición de efectos indeseables no causados por mecanismos farmacológicos, sino como consecuencia de las expectativas o creencias del paciente sobre determinada medida o tratamiento terapéutico.

si el nacimiento es un proceso natural, no debería manejarse como algo patológico. Se trata de que se respeten principalmente cuatro aspectos en torno al parto: la fisiología de éste, los deseos y necesidades de cada mujer, los derechos de las mujeres y los derechos de los bebés.

Hay mujeres que intentan buscar que su parto sea lo más respetado posible, después de haber vivido una primera experiencia no satisfactoria o simplemente por precaución, tras haber escuchado las historias de partos de amigas y familiares. Por ejemplo, *Mrg78* decidió cambiar de ginecóloga después de sentirse decepcionada por el trato que la suya de toda la vida le dispensó al comienzo del seguimiento de su primer embarazo:

Lo primero que me puse a mí misma como prueba para ver si me quedaba con esta ginecóloga o no, era ver si yo podía hacerle todo tipo de preguntas, hasta las más absurdas, y me llevé mi lista de preguntas, incluyendo las absurdas, como prueba: si ella me contestaba sin juzgarme, dándole importancia a lo que yo decía, y no descartaba ninguna preguntaba, me la quedaba (se ríe), y si la veía una actitud similar a la que estaba acostumbrada, pues seguía con la misma o tomaba otra decisión, y la sorpresa fue que le hice preguntas... o sea, me acuerdo que una de las preguntas fue «mira, yo quiero saber... ¿se te ha muerto alguna mujer dando a luz?», ¡y me respondió! «No, no, por supuesto que no», pero me respondió, me respondió a eso, me respondió a todo, no le pareció ninguna pregunta absurda, preguntas que a la otra ginecóloga le habían parecido en plan «ya me lo preguntas otro día». Todo, la alimentación, de cosas de mi cuerpo... ¡me pareció un cambio! Y además me lo explicó muy bien.

Funcionó bien, ya que relata que, durante el momento del parto...

Me llamó mucho la atención el respeto, y si yo tenía una contracción dejaba de hablar, me iba haciendo preguntas pero si yo tenía una contracción se callaba, no hacía ruido, estaba todo como muy... llevadero.

También *Leia* cuenta cómo consiguió poder elegir absolutamente todo:

O sea, yo elegí la postura de parir, elegí estar en la bañera, elegí moverme libremente durante toda la dilatación, en el expulsivo me estaba bloqueando mucho y ella me sugirió probar algunas cosas para ayudarme, y yo la necesité en ese momento y seguí su consejo, pero todo fueron sugerencias que yo podía libremente coger o no coger, pero yo me sentí libre en todo momento.

Algunas **dudaron durante mucho tiempo sobre dónde parir**, llevando el seguimiento del embarazo a veces en paralelo en dos lugares, hasta que finalmente se decidieron por uno, como *Amanda*:

Y en paralelo dudé hasta el último momento, en paralelo iba a la M., intenté ir siguiendo el protocolo de parto respetado que tienen ellos en paralelo al protocolo que siguen como habitualmente, me pareció que había un abismo

entre un hospital y el otro, y siendo la M. uno de los más reconocidos en Barcelona para esto.

Buscar un parto respetado está directamente relacionado con la **capacidad de decidir**, con el deseo de autonomía sobre sus propios cuerpos y sus propios partos que las mujeres manifiestan. Pero muchas veces se encuentran con que sus decisiones no son valoradas. Por ejemplo, *Adriana*:

Sólo en alguna ocasión muy concreta, por ejemplo cuando yo pedí retrasar la inducción del parto, me miraron un poco extraño (se ríe). Además era el jefe de servicio del hospital, «pero cómo, ¿estás dudando de lo que yo te digo?», ¿sabes? [...] Lo recibieron con mucha sorpresa porque decían que nunca les había pasado algo así, pero bueno, yo firmé el documento del alta voluntaria con el acuerdo con el ginecólogo diciendo que al día siguiente volvería.

Ángela no tuvo ninguna opción, y por ello piensa que lo que falta es la parte emocional y humana, y la toma de decisiones por parte de las mujeres:

Yo creo que nadie me pidió mi opinión, me hicieron el enema, que eso era el protocolo, el protocolo es muy estricto en ese hospital, y me lo aplicaron, menos el de la epidural, que no me la pusieron, no me pidieron... o sea, no me pidió mi opinión ni pude tomar yo las decisiones, sólo del tema de la epidural. Pusieron la monitorización interna al bebé, y la posición de litotomía, o sea, no me dieron opción a ninguna otra cosa

También *Kokoritza* me comentó cómo tenía la sensación de que el protocolo es más importante que las decisiones de las madres. De hecho, *Kokoritza* expresa su frustración por no haber podido tener ningún poder de decisión:

Veo violencia en «no te dejo decidir cómo es tu parto». Es tu cuerpo, es tu vida, son tus hijos... ¿por qué no puedo tener un parto vaginal si yo quiero tener un parto vaginal? Hay que empezar a generar conciencia de que estas cosas ocurren, y de que esto no es normal y que tienes el derecho a decidir sobre todos los aspectos de tu vida, y éste es un aspecto más, y que alguien, que los médicos decidan por ti en cosas tan importantes y tan trascendentales en tu vida... no tiene sentido.

Kokoritza resalta lo poderoso que fue el miedo en su escasa capacidad de decisión, dada la problemática añadida de ser portadora del VIH:

Había un factor miedo muy potente, ¿sabes? Miedo porque era primeriza, miedo porque son dos, miedo porque tienes una enfermedad añadida, miedo porque esté todo bien, miedo por el contagio, miedo... Entonces, era como... pues... ellos te van diciendo, y tú vas valorando cosas, sí que pude elegir entre mi compañero y yo que no iba a haber amniocentesis y que... hubo ciertas cositas que sí que elegimos, pero básicamente, como estábamos tan cagaos de miedo, estábamos cagaos de miedo, pues las cosas fueron yendo como más o

menos ellos decían salvo cositas así puntuales. No te sé decir si pude elegirlo, porque el factor miedo no me dejaba elegir libremente tampoco a mí.

Maicha es madre de cinco hijos y en todos los partos ha tenido sensación de batalla:

Las preguntas eran mal recibidas, por ejemplo, en la primera y la segunda pretendían realizarme un enema, dije que no, dijeron que lo tenían que hacer, que era obligatorio, dije yo no, hubo ahí un tira y afloja... Por ejemplo de la segunda venían también del tirón a romper la bolsa... «te vamos a ver, te vamos a ver», «¿pero qué es eso que llevas en la mano», «no, esto es una pequeña lanceta, pero tranquila, que no te va a doler», «pero... ¿qué es lo que no me va a doler?»... Era en plan «ay, qué pesadita, cuántas preguntas», la sensación era «ábrete de patas, y nosotras nos servimos».

Júlia cuenta cómo no pudo elegir absolutamente nada:

Yo lo único que elegí es cuando llegué y pedí la epidural y me la pusieron, el resto no pude elegir nada, porque ellos... bueno... escogieron la postura, me dirigían los puños... Hicieron intervenciones como episiotomía y espátula no sin preguntar sino sin contármelo, no pude elegir nada.

El primer parto de *Amanda* también fue muy duro:

Mi primer parto fue radicalmente diferente a lo que esperaba. Y fue radicalmente distinto a lo que había presentado el ginecólogo. Sentí que había entrado en una maquinaria en la que todo el personal sanitario estaba puesto al servicio de su propia comodidad y desinterés. No parecían conscientes de la relevancia de su trabajo. Me sentí reducida, disociada, infantilizada. Todavía hoy es doloroso. Incluso para mi hija (ahora casi de 10 años) ha sido difícil saber que nació en el marco de una situación que para nosotros fue muy violenta y triste. Sentí que me bloquearon la oportunidad de parir.

Algunas madres expresan que **sólo deseaban que todo terminara**, con lo que cedieron a todo para que acabara deprisa:

No del todo, en el caso de la oxitocina por ejemplo sí que me lo preguntaron, pero me presionaron, y ahora sé que no habría sido necesaria ni mucho menos. Al final también cedí a cosas para poder terminar.

(*Bea*)

Me habría gustado elegir más pero en ese momento se me olvidó todo y sólo pensaba en que saliese el bebé.

(*Civita*)

Covicheira es matrona y opina que las mujeres deberían tener siempre poder de decisión:

El parto es un momento vital, que puede darnos mucha fuerza, no sólo para el momento del parto sino para toda la vida, mucha autoestima, es un momento de crecimiento personal importante... entonces por supuesto que no debe de dejarse en manos de los profesionales, cerrar los ojos y no querer saber, porque

luego en ocasiones se encuentran experiencias pues muy traumáticas, entonces evidentemente hay que informar y las mujeres tienen que decidir.

Smiling Caballero, ginecólogo, reflexiona sobre la capacidad de decidir y su relación con los protocolos hospitalarios y las posibles denuncias que se pueden interponer a los profesionales:

Pues mira, lo primero que yo cambiaría de mi trabajo es la mentalidad en la población, porque esto es tanto los médicos como en las embarazadas... cambiaría esa mentalidad paternalista de que el médico es el que toma las decisiones. Porque para mí no es una verdad absoluta, yo no creo que un parto en el hospital, por poner un ejemplo muy muy muy gráfico, yo no creo que un parto en el hospital sea más seguro que un parto en el domicilio, porque un parto en domicilio mimas las condiciones emocionales, las condiciones posturales, lo que la naturaleza tiene previsto, y las complicaciones surgen muy poquito. De acuerdo que surge la complicación va a ser más difícil resolvirla, y en el hospital al revés, va a ser mucho más fácil resolvirla, pero van a estar surgiendo muchas más, entonces el global es que la estadística de mortalidad es la misma. ¿Qué pasa? Que ahora mismo se dice «no, pues es que la mujer tiene la derecho a decidir, pero sólo si no tiene ningún factor de riesgo, si tiene algún factor de riesgo ya no puede decidir ella, ya tiene que ser el hospital»... bueno, ¿por qué, es que si yo tengo un cáncer de pulmón y no me quiero operar yo me tengo que operar a la fuerza? ¿Pues entonces por qué una mujer no puede decidir por su bebé, pensando en su bebé, no hospitalizarse para algo? Pues debería poder decírselo, pero no. Porque la realidad es que luego si ocurre una catástrofe a ese profesional se le va a juzgar no por lo que él piensa o por lo que la mujer piensa, sino por lo que es la práctica habitual. ¿Y entonces en qué quedamos, entonces quién decide? Entonces no, si esto es así, que se nos va a juzgar con lo que es la práctica habitual, yo tengo que ejercer la práctica habitual, y tengo que elegir, y lo siento, pero tú no decides porque a mí me van a multar si te dejo decidir.

El problema, según este ginecólogo, es que muchas veces queda en entredicho de quién es la responsabilidad final, esto es, que muchas mujeres, según él, quieren decidir, pero si algo sale mal, la responsabilidad sería del profesional:

Yo creo en una sociedad de individuos libres, y no creo en una sociedad de individuos apadrinados por una sanidad, una educación, y una justicia... En fin, una serie de instituciones que te dicen lo que es bueno para ti, yo en eso no creo, yo creo que el individuo es libre y que tiene derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre su vida, y entonces, si eso es así, una mujer en su embarazo tiene derecho a decidir por su bebé, el tipo de parto que ella crea que es mejor... y claro, conlleva una responsabilidad, porque las catástrofes existen, las desgracias existen, y si una mujer es la que lo decide, pues luego lo que no puede pasar es que cuando sale mal el culpable ha sido el médico «porque me dejó hacer esto», entonces ya... perdona, pero eso no puede ser así, eso es una cosa muy importante también, la mentalidad.

La **falta de comunicación** también es otro factor muy resaltado por muchas de las madres. Por ejemplo, por *Andrómeda*:

Entonces, bueno, estaba nerviosa, me dijo la anestesista o la ginecóloga, es que como van tapadas yo no sabía quién era quién, y me decía «¿quieres que te ponga algo (algo!) porque estás muy nerviosa?», entendía que era un ansiolítico, pero no me dijo «un ansiolítico» o «este ansiolítico», o sea, tú fíjate qué nivel de comunicación.

Es como si las preguntas molestaran a algunos profesionales, que quieren realizar su trabajo sin interrupciones y sin dar explicación alguna:

Yo en el primer parto, pasado este tiempo, que fue hace cinco años, la sensación que a veces tienes es que a ellos... como que invaden su espacio... O sea, me acuerdo de la primera matrona, cuando me pusieron la epidural, de... «¿pero me vais a poner oxitocina?», «¿pero qué más te da si llevas la epidural?», en plan «déjame hacer a mí, que yo sé, tú no preguntes tanto, no te preocupes tanto, que aquí esto lo hacemos todos los días y estamos habituados».

(*Nausicaa*)

Todo esto era sin epidural, entonces noté cómo me cortaban, cómo cogían cosas, estaba como un poco en shock, porque estaba allí, iban pasando cosas, esto pasa en segundos, es todo como muy rápido, iban haciendo, y de repente sacaron al bebé, pero además no me lo pusieron encima porque pensaban que a lo mejor estaría no sé qué, tendrían que aspirarlo y no sé cuántas cosas... estaba perfecto, pero lo primero que hicieron fue cogerlo una pediatra para revisarlo, entonces fue todo como... no sé qué pensaba, porque estaba como bloqueada, como no sé qué está pasando aquí, ya han sacado al bebé, todo como rápido y sin explicarme nada.

(*Júlia*)

No te explican nada y... pues unas palabritas así de consuelo... algo más allá del típico «tranquilízate, que va a ir todo bien», no sé cuántos, «que la niña está bien, no te preocupes», una cosa así muy rutinaria... pero si ves que una persona que está temblando, temblando... temblando de miedo, tenía frío pero lo que más tenía era miedo, y me hacía temblar el cuerpo entero, que cuando te van a poner la ésta... «que te tienes que estar muy quieta», pero si estás viendo a alguien que está temblando cagada de miedo... pues dile algo más que «estate quieta», pero bueno.

(*Claudia*)

Gala resalta cómo en el contexto obstétrico muchas veces son las madres quienes ni preguntan, pues se sienten vulnerables y acaban **asumiendo el papel de pasividad** que se espera de ellas:

El tema de lo de la maniobra [de Kristeller] sí. Sí. ¡Claro! Y ahora ya sé por qué salió moradito como un nazareno, eso me causó mucha impresión, ahí sí me asusté. Es que era como un nazareno. Y es cierto que me le pusieron y al poquito se le llevaron, entonces la sensación... el verle tan amoratado y al momentito

llevársele... yo no sabía si era porque le pasaba realmente algo... o sea, en ese momento los dos nos miramos como diciendo «¿pasará algo?», pero ni yo pregunté... es como... no sabes... entiendes que tiene que ser así, entonces creo que a veces es un poco también culpa nuestra, porque perfectamente podría haber dicho «oiga, ¿por qué se lo llevan?», «pues voy a limpiarle» o «le falta oxígeno», iyo no vi lo que le estaban haciendo, no lo sé, realmente no lo sé, por qué se lo llevaron! Pero a mí me causó mucha sensación el verle tan moradito y que al poquito me le cogieran y se lo llevaran. No sé si pasaba algo o realmente no le pasaba, nadie me dijo... y yo no pregunté. Creo que es un poco eso: somos como corderitos y es un poco lo que nos digan.

Otras veces, sin embargo, la información se convierte en algo más grave: una presión insopportable. *Anabel* recuerda cómo se sintió **amenazada**:

A veces como amenazas veladas, como «si no expulsas en una hora, tenemos que venir», eso lo recuerdo como una presión bastante importante. Yo quería expulsarlo, que el expulsivo durara menos de una hora, porque sabía que venían, y que venían a sacarlo, entonces en ese sentido sí que me informaron, pero no me preguntaron mi opinión en ningún momento.

Bea también recuerda cómo la información que se le proporcionaba era siempre en tono amenazador:

Ella me metía la mano dentro y me hacía así (la mueve en círculos), como si fuera un... me hacía mucho daño. Me hacía así con la mano y me desgarré igual al final, me acuerdo que me decía que... es que jugaba mucho con la amenaza, o sea, amenaza ésta como «es que si no te hago esto, te vas a desgarrar, es que si no tal, no sé qué, si no te pongo oxitocina, la niña no bajará», te ponen así en una situación súper... Y bueno, yo el desgarro la verdad es que me daba igual, con el dolor que me estaba... Yo pensaba «me da igual, me desgarro, déjame», me hacía muchísimo daño, me lo ensanchó con la mano a lo bestia. Y nada, me desgarré sólo dos puntitos, no sé si fue gracias a ella, no sé si me hubiera desgarrado más, menos, pero me hizo muchísimo daño, eso sí.

La búsqueda de un parto respetado es una consecuencia más de la toma de conciencia de muchas mujeres sobre la falta de control sobre sus propios partos. Por lo tanto, en un parto respetado no se utilizarán instrumentos a menos que sean absolutamente necesarios, se permitirá que la madre adopte las posturas que ella considere, no se hará episiotomía, ni se rasurará a la parturienta ni se le pondrá un enema. Se le permitirá beber y comer ligero. Y, sobre todo, se le informará en todo momento del siguiente paso, pidiéndole siempre su opinión sobre éste, permitiéndole de ese modo responsabilizarse de su propia salud. Lograr encontrar un hospital donde se repiten los partos, sin embargo, resulta tremadamente complicado, según me dijeron las madres.

5.2.2. Intervenciones en el parto

Las intervenciones en el parto no siempre son esperadas por quienes las reciben. Según la publicación *European Perinatal Health Report* sobre la salud perinatal en Europa (Euro-Peristat, 2010: 80), España es un país especialmente intervencionista: se encuentra entre los primeros puestos en partos instrumentales, en inducciones, en episiotomías y en cesáreas. Según la OMS, un parto medicalizado es aquel que, aun habiéndose iniciado de forma espontánea, es dirigido mediante oxitocina sintética, rotura de membranas, y otras prácticas destinadas a acortar su duración. Así, se produce una «cascada de intervenciones», un círculo vicioso que ya no se puede romper: cuantas más intervenciones, tantas más serán necesarias (ver apartado 5.2.2.10). Por ejemplo, una inducción cuando aún no era el momento del parto produce contracciones muy dolorosas, por lo que se administrará la epidural, pero entonces ésta frenará el parto, por lo que terminará en cesárea. Éste es un ejemplo clásico de cascada de intervenciones que únicamente consigue un parto a destiempo, repleto de medicalización, y que dejará a la mujer en una situación de pasividad absoluta, sin comprender muy bien qué ha sucedido. Patologizar el parto medicalizándolo acaba, pues, produciendo que esta cascada de intervencionismos sea muy difícil de parar, lo que llevará a un parto más largo: lo que quería evitarse al principio es precisamente lo contrario a lo que se está consiguiendo con el abuso de intervenciones.

En España, se estima (EPEN, sin fecha) que **sólo el 10 % de las intervenciones obstétricas que se realizan habitualmente están basadas en la evidencia científica**. Esto quiere decir que hay un 90 % restante que tiene el potencial de causar daño sin beneficios demostrados. El problema además está en que los historiales no recogen las posibles consecuencias de los partos correctamente: en éstos no se discute si la episiotomía o el fórceps han causado algún desgarro, o si la mujer ha sufrido estrés postraumático tras dar a luz. Es decir, en los informes no hay indicio alguno de las **secuelas** de los partos. Pero la medicalización excesiva de los partos puede causar muchos daños, y muy serios (*Ibid.*):

- Las cesáreas y los partos instrumentalizados dejan secuelas físicas y psicológicas perdurables, de distinta gravedad en las madres, como depresión y SEPT

(*Síndrome de Estrés Postraumático*) posparto que pueden afectar las relaciones sexuales y reducir su fertilidad.

- Los trastornos ocurridos en el comienzo de la vida pueden tener una influencia posterior negativa en el desarrollo emocional, físico e intelectual de los niños.
- Los partos traumáticos y la separación madre-hijo perjudican la lactancia materna y el establecimiento del vínculo afectivo.

Los partos medicalizados producen, pues, un aumento injustificado del número de cesáreas y partos traumáticos, y esto hace a su vez aumentar el ingreso de los recién nacidos en unidades neonatales, aumentando la morbilidad materno-infantil. Así, tanto madres como bebés corren graves riesgos, y supone además un despilfarro económico, pues se invierten recursos innecesarios y contraproducentes en unos partos que podrían haber sido totalmente normales si el intervencionismo no los hubiera hecho suyos. Muchas de las intervenciones realizadas durante la dilatación y el expulsivo involucran co-intervenciones o incrementan las probabilidades de otras intervenciones.

5.2.2.1. Primeras intervenciones: enema, rasurado, monitorización...

Cuando una mujer que está de parto ingresa en un hospital, comienza a llevarse a cabo un protocolo establecido de actuaciones. Por ejemplo, puede realizarse una **amnioscopia**, que se utiliza para evaluar el líquido amniótico (color, cantidad), y de este modo detectar posibles complicaciones que pudieran dar cuenta del sufrimiento fetal. Sin embargo, se trata de una prueba invasiva, con posibles complicaciones (por ejemplo, rotura de la bolsa, lo que aumenta el riesgo de infección, así como despegamiento de membranas) y con un gran número de falsos positivos que no aportan información relevante (Levran *et al.*, 1988: en un 57 % de los casos, falló en la detección de presencia de meconio, ya que realmente esta prueba sólo es capaz de detectar el meconio en el polo inferior de la bolsa del líquido amniótico). Estas circunstancias hacen que el balance beneficio/riesgo sea muy cuestionada. En la actualidad esta práctica está muy discutida.

Una intervención que suele realizarse de un modo protocolario en muchos hospitales es la **administración de un enema**. Es decir, consiste en administrar un laxante por vía rectal con el propósito de limpiar el colon de la parturienta y evitar así que defequé durante el parto. La evidencia científica (Revez *et al.*, 2008) demuestra que no tiene

ninguna utilidad real, pero aún se sigue administrando en algunos centros, aunque su uso obligatorio va decayendo. *Amanda*, por ejemplo, cuenta que «yo por lo que había leído el enema no era para nada necesario ni nada y me obligaron a hacerlo».

Administrar un enema no exime de que se produzca una defecación durante el parto, dado que la cabeza del bebé durante el expulsivo empuja a través de las paredes vaginales el contenido del colon. Así, puede suceder lo que le pasó a *Cumbia*:

A ver, una cosa no me gustó: no me gustó que me pusieran enema, y tampoco me gustó que la primera auxiliar me regañara cuando me hice caca a pesar del enema. Porque sí fui al baño dos veces primero, y ya cuando me tumbé, porque a ver...

Igualmente, se pensaba que la **depilación del vello púbico** reduce infecciones y facilita la sutura, pero no hay evidencia que lo corrobore. Las mujeres experimentan incomodidad cuando el vello vuelve a crecer y el riesgo de infección no se reduce. El uso rutinario podría incluso aumentar el riesgo de infecciones. Hoy en día, esta práctica se realiza cada vez en menos centros: en un 84,5 % de los protocolos hospitalarios públicos en España, se desaconseja (OSM, 2012: 30). Me contó *Jable*:

En el primer parto, pensaron que iba a ser parto vaginal, por aquello de que había que rasurarlo por protocolo, cogen guantes, cogen cuchilla, y tracatraca. No se me pidió mi opinión. La primera vez yo dije “pero oigaaa”, además sin anestesia la primera. Y la segunda vez sí tuvieron más cuidado por no cogerme... porque claro, estaba el rasurado encima de la cicatriz. Porque querían volver a cortar donde estaba la anterior cicatriz, pero un rollo macabeo, porque la cicatriz está justo donde salen los pelos, eso se infecta, bueno, un rollo.

La evidencia disponible es insuficiente para recomendar la aplicación de enemas y la realización de rasurado perineal a la parturienta para la prevención de infecciones perineales. Su práctica se considera injustificada debido a las molestias que ocasiona y se entiende como una práctica más destinada a la comodidad de los profesionales que a la de las mujeres.

Otra intervención que se realiza aún de manera muy protocolaria es la **cateterización intravenosa**: se trata de una técnica invasiva que otorga acceso permanente al árbol vascular de la paciente, permitiendo una continua administración de fármacos y líquidos a la parturienta. Se les pone una vía a prácticamente todas las mujeres nada más ingresar, pero la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (ver punto 2.2.3.2.) indica que

no debería colocarse de forma rutinaria, sino únicamente en caso de necesidad de antibióticos o medicamentos similares, colocándose la vía en ese momento y no antes. La vía es utilizada muchas veces para administrar medicamentos sin consentimiento y sin informar correctamente de qué se está introduciendo en los cuerpos de las mujeres (por ejemplo, oxitocina sintética destinada a que el parto se desarrolle más rápido). Una vía dificulta los movimientos, ya que los líquidos cuelgan de un soporte con ruedas, y únicamente moviendo dicho soporte podrá moverse la parturienta. Todo esto dificulta gravemente el cambio de postura de la parturienta. Hoy en día es difícil que un hospital no ponga vías por rutina: sólo el 31 % incluye en sus protocolos la no administración de una vía rutinaria (OSM, 2012: 30), siendo éste uno de los aspectos más deficitarios, según la *Estrategia*. En palabras de la ginecóloga *Yogui*:

... cuando una paciente se me presenta con un plan de parto en el que lo primero que pone es que no quiere que se le coja una vía, pues directamente le digo que o no se coge una vía o no ingresa, porque es no es negociable, la vía es imprescindible, supone una garantía para la paciente ante un posible desmayo, mareo, sangrado exagerado, etcétera, y eso no es negociable...

El momento del parto conlleva un gran **desgaste físico**, ya que puede durar muchas horas, lo que con frecuencia produce ganas de comer o beber. Pero en algunos hospitales no está permitido. A *Alexia* sólo le dieron una botellita de agua, permitiéndole dar «pequeños sorbos ocasionales», *Lola* recuerda pasar muchísima hambre y que nadie le permitiera comer. Y para *Anabel*, lo peor fue la sed:

Luego yo pedí agua, jagua, recuerdo tener muchísima sed y pedir agua!, y no me dejaban beber. O sea, fue terrible la sed. Recuerdo la sed.

Si un parto es un acto que requiere enormes cantidades de energía pero de manera protocolaria en muchos hospitales se impide a las parturientas acceso libre a la comida y a la bebida (se administran sueros por vía intravenosa para evitar la deshidratación)... ¿qué sentido tiene esta limitación en un parto normal? La administración excesiva de glucosa por vía intravenosa puede aumentar los niveles de insulina materna y a su vez aumentar la glucemia fetal llegando incluso a causar hiperinsulinismo fetal. Lo más lógico debería ser, por lo tanto, que la propia madre ingiera los líquidos que necesite y que coma de manera ligera para que el cuerpo reciba la cantidad exacta de energía que necesite en esos momentos, ni más ni menos. Además, en un reciente estudio (Shea-Lewis, Anne, *et al.*, 2018) con casi 3.000 mujeres en EEUU, se ha comprobado cómo las

mujeres a las que no se las permitía comer sufrieron de media más intervenciones como cesáreas que aquellas a las que se le permitió comer libremente; por lo demás, dejar que las madres se alimentaran libremente durante el parto no aumentó su morbilidad ni causó ningún efecto secundario en la madre ni el bebé, por lo tanto, no tiene ningún sentido restringir la ingesta de comida y líquido.

5.2.2.2. Acelerando el parto

Existen varios métodos típicamente empleados para conseguir acelerar el parto. Por ejemplo, a muchas mujeres les realizan una **amniotomía o amniorrexis**, esto es, una rotura de las membranas (la «bolsa»), para acelerar el parto, práctica no recomendada según la *Estrategia de Atención al Parto Normal* cuando el parto está progresando adecuadamente, ya que «la rotura artificial de membranas puede producir efectos adversos y complicaciones como aumento del riesgo de infección o aparición de patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal» (OSM, 2012: 87). También, según las revisiones Cochrane⁴⁶ (Smyth *et al.*, 2009), no está demostrado que acorte el período de dilatación pero sí que se aumenta el riesgo de cesárea. Sin embargo, muchas veces se realiza de un modo tan sutil que las propias madres no saben si les han roto la bolsa o si se ha tratado de algo espontáneo, como *Adriana*, que indica que «rompió o me rompieron aguas, no sé muy bien cómo pasó». *Andrómeda* sospecha que se la rompieron:

En el primer parto, se rompió la bolsa durante un tacto vaginal en el momento en que la ginecóloga me pidió que empujara (se supone que para comprobar no sé qué) y me dijo «qué fuerte empujas», como sorprendida de que se hubiera roto la bolsa. Más tarde me di cuenta de que pudo haber sido una maniobra intencionada pero que pareciera «casual», aunque no puedo asegurarlo.

En el caso de *Chos*, sí fue una rotura intencionada por parte del personal sanitario, además se la realizaron en una revisión a la que acudió sola, sin su marido, con lo que se sintió sola y vulnerable:

«Pues entonces se acabó, voy a romper aguas aquí mismo»... ¡así! O sea, yo estaba sola, por supuesto, porque yo me iba a ir, fue una sorpresa enorme, no sé si en otras circunstancias hubiera sido tan desagradable, pero entre que yo no sabía nada, que era todo lo contrario que me acababan de decir, y encima lo doloroso que era estar ahí, abierta de piernas, notas que te han cortado algo, un trozo... no es que te duela como si te cortan una pierna, pero sí notabas que

⁴⁶ Ver *Glosario de términos* (Anexo II).

habían cortado algo ahí dentro, y era muy desagradable. Bueno, yo me bajé de la mesa aquella sangrando directamente, o sea, eso es una barbaridad, claro, salió todo el resto del líquido amniótico en ese momento, y a partir de ahí como en el fondo fue un parto inducido en toda regla, pues ya me tuvieron en inducción con todo lo que eso implica de dolor bestial, y así me dejaron, sola, hasta que yo dije «por favor, avisad a mi familia», porque nadie sabía que iba a nacer ese día.

CrisVR cuenta que le rompieron la bolsa sin avisar, y que no entiende qué motivos había para acelerar el parto, si ya estaba sucediendo todo muy rápido:

Pero sí que por ejemplo no había roto bolsa, y sí que me pincharon la bolsa, así sin decir nada, porque yo noté eso, un líquido calentito, yo pensaba que de estar todo el día mirando por ahí, explorando y tal, y yo noté un líquido calentito salir, y dije «no, es que te he pinchado la bolsa», así sin preguntar y sin nada de eso, sí que es verdad que lo hicieron sin preguntar, y yo «¿y eso?» y me dice «no, para que el parto vaya más rápido, para que vaya todo más rápido», cosa que también posteriormente he leído que no es tan bueno, pero bueno.

[...]Parece que tres horas les parecía mucho tiempo, lo de romper la bolsa lo hicieron casi al principio de entrar, o sea, si a las once es cuando yo estaba toda enganchada, con el gotero, el monitor, etcétera, ponle que a las once y cuarto once y veinte me rompían la bolsa, o sea, yo no sé si es que se esperaban que fuera todo más lento o no sé por qué lo hicieron, la verdad.

Mathil expresó que prefería que no le realizaran una amniorrexis artificial, puesto que, al tener el **estreptococo positivo**, tenía miedo de que eso produjera una infección en su bebé (como así fue). No le hicieron caso:

Yo le decía a mi pareja «avísalas, que estoy notando no sé qué», no me hacían ni caso, venían cuando ellas querían, luego me piró el cambio de turno de la noche, le entró las prisas a la de la noche y me rompió la bolsa sin decírmelo. Me metió algo, porque yo noté de repente ¡plasss!, me metió un pincho o algo, porque en todo momento ellas lo que querían era romperme la bolsa desde mucho antes y yo les decía «es que tengo el estreptococo positivo y yo prefiero que no me rompáis la bolsa, que el niño esté protegido» y ellas querían romperme la bolsa para acelerar, porque se estaba alargando el parto. Y entonces hubo un momento que cogió y ya te digo, casi pues a las nueve y pico de la noche, una de las del cambio cogió y me metió sin decirme nada lo que fuera, yo noté de repente ahí el golpe. Me rompió ya la bolsa y ya te digo, que el trato fue todo el rato como mucho más frío.

El peligro de romper la bolsa viene porque los microbios normales que viven en la vagina y que no pueden hacer ningún daño allí, tienen ya la puerta abierta y pueden entrar en el útero y provocar una infección en las aguas y las membranas. Realizar un tacto vaginal cuando se ha roto aguas ayuda a que se produzca este tipo de infección ya que con el tacto pueden desplazarse los microbios hacia arriba. Según la *Estrategia de Atención al*

Parto Normal, se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados (OSM, 2012: 19). La OMS aconseja no romper la bolsa a no ser que haya una detención del proceso (unas cuatro horas de detención) y como primer paso para la estimulación del proceso, antes de poner oxitocina (otras cuatro horas, aproximadamente).

En el único caso en el que está justificada la rotura artificial de membranas es para extraer sangre al feto y medir el pH del bebé, y sólo en caso de grave sospecha de bienestar fetal: esta prueba consiste en sacar unas gotitas de sangre del cuero cabelludo para medir el pH. Pero sólo se justifica en ese caso para confirmar el sufrimiento fetal y ver si se trata de un falso registro o de un verdadero sufrimiento. Esta medida se ha comprobado que reduce el número de cesáreas innecesarias (EPEN, sin fecha).

Otro método empleado para acelerar el parto es mediante la **administración de oxitocina**, que puede usarse para generar más contracciones en la madre, consiguiendo de ese modo que la progresión del parto suceda con mayor rapidez. Pero hay madres que sienten que se les mete prisa innecesariamente, como *Bea*:

Claro, después por ejemplo, oxitocina, al final me pusieron un poco de oxitocina, y sí que lo acepté, o sea, yo lo acepté, lo que pasa es que, claro, lo aceptas pero en las circunstancias de ese momento... es como... te ponen un poco entre la espada y la pared, ¿no? Entonces es como... a lo mejor ahora, así en frío, diría «ostras, no», el parto iba súper bien, y había como un aire de que la cosa no iba bien que era totalmente falso, o sea, estaba estupendamente, yo tampoco tenía sensación de tiempo... o sea, es que estuvimos diez minutos y ya me estaban poniendo oxitocina... Cuando es que llegué en completa, iba súper bien la cosa, ¿no? Claro, en ese momento dijeron «es que, claro, no está bajando la niña», y pensé «ostras, ostras, pues oxitocina», no sé... claro, te quedas así como...

La oxitocina, junto con las prostaglandinas, no sólo puede usarse para acelerar el parto, sino también para **inducirlo**. A varias madres les realizaron una inducción del parto, como a *Alexia* y a *Besly*, y también a *Gala*:

Me pusieron oxitocina seguro, pero yo creo que antes de eso me pusieron... quizá fue lo otro [prostaglandinas], pero de verdad que no lo recuerdo. Pero a partir de eso, que fueron horas de estar ahí tan tranquila, porque ya te digo que no tenía contracciones, empecé a tenerlas, y aquello pues empezó a las nueve de la noche, y hasta las once y media de la mañana que el señor nació.

El problema es cuando se realiza una inducción para poner fin al embarazo y precipitar el parto cuando el cuerpo aún no está preparado. De manera protocolaria, las inducciones en España suelen realizarse estando de 41 semanas y 3 días, pero si no hay envejecimiento de la placenta no tiene ningún sentido, ya que no todas las mujeres son iguales, algunas pueden necesitar unos días más, y también pueden darse fallos en el cálculo de la edad gestacional, por lo que la embarazada puede estar de menos días de lo que se pensaba. En algunas clínicas privadas, las inducciones se realizan estando sólo de 40 semanas, lo cual es ilógico totalmente porque menos del 5 % de los bebés nacen en su fecha prevista de parto (Moore, 2015).

Las **inducciones** (generalmente mediante la aplicación de un gel de prostaglandinas⁴⁷ por vía vaginal, pero también pueden ser mediante un gotero de oxitocina sintética, como ya hemos dicho) son el inicio más obvio de la cascada de intervencionismos que no dejará progresar el parto de manera natural. Un parto inducido termina en cesárea hasta en un 50 % de los casos (EPEN, sin fecha), conlleva muchos riesgos, y sólo debería realizarse cuando los beneficios superen los posibles riesgos.

La institucionalización, la medicalización y el intervencionismo en el parto han llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y abusivo de cesáreas sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales (Uranga *et al.*, 2004).

La oxitocina es una hormona que ayuda a las mujeres a dilatar durante el parto. Sin embargo, al administrarla por vía intravenosa, y no pasar por el cerebro de la parturienta, no se producen las necesarias endorfinas para contrarrestar sus efectos (tiene un efecto mecánico sobre el útero, provoca una respuesta física en ese órgano, pero no afecta a nivel emocional ni conductual en la madre). Por ello, la administración de oxitocina, que además se suele realizar de manera protocolaria, no sólo produce un gran dolor físico, sino que suele ser el **punto álgido de la cascada de intervencionismos**, ya que de la mano traerá casi siempre la anestesia epidural: como la oxitocina sintética produce contracciones muy fuertes y dolorosas, la madre solicitará en esos momentos que se ponga fin a un dolor que su cuerpo no está aún preparado para soportar, ya que

⁴⁷ Sustancias con funciones similares a las de una hormona que está presente en el útero en el momento del parto.

no es el dolor que le habría venido de contar sólo con la oxitocina endógena. La oxitocina sintética tiene muchos efectos secundarios, entre los que cabe destacar:

- Mayor frecuencia de taquisistolía (más de seis contracciones en diez minutos).
- Mayor frecuencia de hipertónia del útero.
- Mayor riesgo de rotura de útero (especialmente en mujeres con cesárea previa).
- Mayor riesgo de sufrimiento fetal.
- Mayor riesgo de hemorragia posparto.
- Mayor tasa de partos instrumentales o cesáreas.
- Mayor riesgo de bebés más irritables y llorosos en los primeros momentos.
- Mayor riesgo de fracaso en la lactancia materna.

La oxitocina sintética está catalogada como medicamento de alto riesgo, tanto por la Asociación Americana del Medicamento (FDA), como por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) de España, sin embargo, se sigue usando de manera indiscriminada, protocolaria, casi siempre en dosis inadecuadas, y sin tener en cuenta que trae de la mano un gran número de intervencionismos médicos que no deberían tener que darse.

Maremota cuenta que, en su caso, que también fue una inducción, estuvo además acompañada de una pésima organización: habían citado a más mujeres de las que podían, así que resultó muy complicado.

Al día siguiente voy a las ocho de la mañana y resulta que habían convocado a más madres para provocar el parto que habitaciones que tienen disponibles, vamos a ver, yo puedo entender que en un imprevisto, que se pongan muchas de parto a la vez, a ti te pillen desprevenido, y no tengas salas, camas, pero es que las estás organizando, las vas a inducir tú, ¡cuenta las camas que tienes! Eso lo primero. Yo estuve allí desde las ocho de la mañana y realmente hasta la una no empezaron a inducirmelo metiéndome la primera pastilla. Es que no te puedo comparar, es verdad que las primeras personas que a mí me atendieron para ponerme las pastillas y eso, a mí me dolió muchísimo, yo no sé si es que lo hicieron mal y podrían haber tenido un poco más de tacto o es que es así de doloroso siempre.

Covicheira es matrona, y opina que:

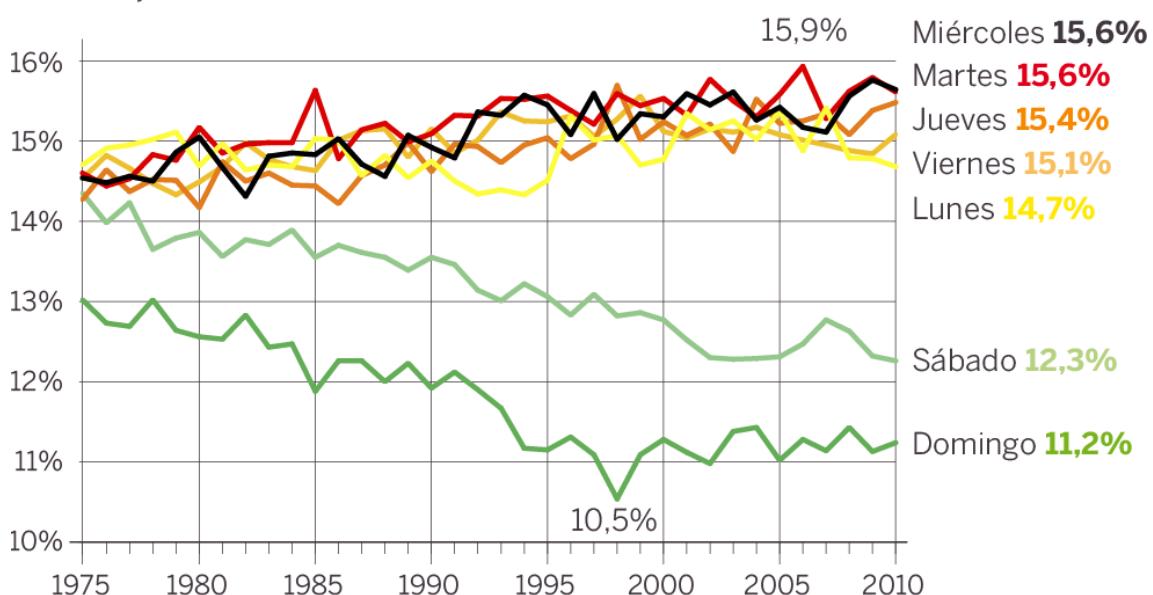
La tasa de inducciones, que se nos hace demasiado elevada, inducciones por gestaciones prolongadas, aquí las gestaciones que van más allá de las 42 semanas están así definidas, pero sin embargo en muchas ocasiones días antes de llegar a las 42 semanas ya se induce, a veces cuatro o cinco días antes...

En efecto, según la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, en España se realizan más de un 19 % de inducciones, lo que supera la recomendación de la OMS de un 10 %. Existen diferentes técnicas para inducir el trabajo de parto (esto es, hacer que se desencadenen contracciones uterinas en el parto de manera artificial y sin dinámica efectiva) mediante el uso de substancias farmacológicas. La inducción al parto no está exenta de riesgos, por lo que su uso debe estar justificado por la presencia de algún o algunos factores de riesgo y tras una evaluación ajustada entre el riesgo/beneficio según la técnica o procedimiento que se emplee para la inducción; en cualquier caso, no debería realizarse de manera rutinaria o protocolaria y sin una justificación real (OSM, 2012: 88).

Así, realizar inducciones o cesáreas electivas (las cesáreas se programan siempre de lunas a viernes) para evitar que el nacimiento caiga en fin de semana o en festivo, como sigue sucediendo en España (ver figura 5.1), no es una justificación real.

EVOLUCIÓN DE LOS NACIDOS SEGÚN EL DÍA DE LA SEMANA

Porcentaje del total anual



Fuente: Comunidad de Madrid. EL PAÍS

Figura 5.1. «Con el paso de los años, los partos se han ido concentrando en los días laborables, de forma que ahora los niños nacen un 20% menos en sábado y un 27% menos en domingo que de lunes a viernes». Evolución de los nacimientos según el día en Madrid (Sevillano, 2016).

5.2.2.3. Postura y movilidad

Otra intervención muy común en los partos hospitalarios es la **monitorización** o cardiotocografía. Mediante la escucha de los latidos fetales, se pretende detectar posibles problemas en el bienestar fetal. Sin embargo, si la monitorización es continua, a menos que se realice mediante monitores sin cables (muy poco frecuentes aún), queda gravemente impedida la movilidad de la madre, por obligarla a quedarse quieta en una cama para que no se pierda la señal. El método denominado «monitorización intermitente», mediante el cual, usando un estetoscopio o un monitor doppler portátil, el personal médico entrenado podría escuchar la frecuencia cardíaca de vez en cuando, sin apenas molestar a la parturienta y sin afectar a su movilidad, no se encuentra fácilmente aún en muchos hospitales.

En una revisión Cochrane de 13 estudios, incluyendo más de 37.000 pacientes (Alfirevic *et al.*, 2013), se demostró cómo la monitorización continua está asociada a más intervenciones (cesáreas, uso de instrumentos), y sin embargo no existen diferencias en la mortalidad fetal comparándola con la auscultación intermitente.

Anabel relata cómo le tuvieron cuatro horas monitorizada, sola, en una sala donde nadie acudía, sin ninguna explicación:

No sé por qué me tuvieron cuatro horas, no sé si los monitores tardan cuatro horas en sacar un registro o qué, no sé. Yo estaba ahí tumbada, en mi cama, partida de dolor, porque además estaba boca arriba, para que no se perdiera la señal de los monitores, y yo no soportaba en ninguno de mis embarazos la posición boca arriba, me hace sentir una sensación terrible, no sé por qué. Yo recuerdo el malestar de las contracciones cada vez, e intentar no moverme porque se perdía la señal de los monitores. Yo estaba deseando que terminara esa tortura, pero no sabía, yo había perdido la noción del tiempo, no tenía reloj, ni móvil, ni nada que me dijera cuánto tiempo llevaba allí.

A. *Gentileschi* cuenta cómo en el hospital donde ella dio a luz se pauta igualmente un monitor externo, por protocolo, para todas. Sin embargo, en su caso eligió moverse **independientemente de que eso enfadara al personal sanitario**:

Llegó una matrona y me regañó, y decía que desconectaba los monitores, y yo le decía que yo soy más importante que los monitores y seguía a lo mío... [...] la verdad es que sí me impedía moverme, porque se quitaba el... pero yo me movía igual, ¡que pitara! [...] Me era muy difícil, en ese estado de trance, que vinieran a hablarme y sacarme del trance.

Sayenas comenta una experiencia similar:

Además luego me decían «no, no te muevas tanto, porque perdemos el latido», porque te ponen ya desde que estás en el paritorio el monitor y muchas veces la perdían, pero yo me reía y decía «o sea, me da igual, lo que me estás diciendo, me parece más importante que se encaje ella donde tiene que encajarse a que escuches a ver si está bien». Eso es otra cosa, la monitorización constante no es necesaria siempre, y te la tienen ahí, y parece que es obligatorio... Y el protocolo es todo el tiempo monitorizado desde que estás en el paritorio.

También hay un tipo de monitorización que consiste en adherir un electrodo interno al cuero cabelludo del bebé una vez las membranas estén rotas, lo que resulta un procedimiento aún más invasivo y molesto, y puede causar heridas en la cabeza del bebé. Es lo que le pasó a *CrisVR*, en cuyo caso la monitorización continua interna era por protocolo:

Pero cuando vino con el pincho ése, que te lo meten por la vagina, para pincharles en la cabecita del bebé, por protocolo del hospital (ahora ya no, ahora ya parece ser que ya no, pero en el año 2008 en que yo parí sí) y era protocolario. Cosa que me impactó mucho, porque además no atinaba en la cabeza, y además yo me quedé como «ay dios mío», y en ese momento me lo explicó, porque dice «no, es que esto tiene que ir pinchado en la cabeza del bebé» y yo «¿cómo?», y venga, que no atinaba, que no atinaba, y pinchó como ocho veces, eso lo tengo súper grabado, cuando nació mi hija, la miré la cabecita, y aquí tenía todo con sangre, porque claro, de tantos pinchazos, tenía mogollón de heridas... ay... y dije «joder, pobrecita, encima que está con el impacto éste de nacer, y encima recibir ahí pinchazos en la cabeza», esto me impactó mogollón.

La monitorización (cardiotocografía) es un procedimiento que se debería destinar únicamente a los fetos con cardiopatías, pero que hoy por hoy se administra rutinariamente, y que no aporta ninguna información útil en una gestante sin problemas, además de resultar molesto cuando el parto ha comenzado, ya que impide la movilidad: las tasas de intervencionismo innecesario aumentan con el uso de la cardiotocografía, pero no así el índice Apgar⁴⁸ ni la mortalidad infantil, lo que demuestra su dudosa utilidad (Alfirevic *et al.*, 2013). Según la OMS, no existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo (OMS, 1985). Se trata de un método de difícil interpretación: con frecuencia los registros se interpretan de forma distinta por diferentes facultativos, e incluso, por los mismos

⁴⁸ Examen clínico que se le realiza al recién nacido tras el parto para evaluar con rapidez su condición física.

facultativos en distintos momentos. La sensibilidad del método con respecto a la detección de sufrimiento fetal es alta, pero la especificidad es baja, lo que produce una alta tasa de señales positivas falsas (entre el 50 y el 70 %, Moreno Martínez, 2009: 9), y paralelamente un alto número de intervenciones (innecesarias), especialmente cuando se usa con un grupo de embarazadas de bajo riesgo (Curzen *et al.* 1984, Brothen *et al.* 1989, citados por Marcos, sin fecha, a).

También es común, durante el trabajo de parto, la **realización de una serie de tactos vaginales** con el propósito de averiguar en qué momento de la dilatación se encuentra la parturienta, para ver si está progresando. Según la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, se debería «limitar el número de tactos vaginales a los imprescindibles» (OSM, 2012: 80), sin embargo, muchas mujeres se encuentran con tactos continuos, a veces realizados por múltiples personas. Por ejemplo, *Anabel*:

Me hicieron tactos todos: la matrona, la matrona de prácticas, llamaron al ginecólogo que me hizo otro tacto para ver si veía algún trozo... ¡yo qué sé, tres o cuatro personas haciéndome tactos a saco!

Los tactos vaginales son exploraciones consistentes en introducir los dedos corazón e índice dentro de la vagina de la mujer embarazada, para palpar las estructuras pélvicas y el cuello del útero, supuestamente para saber primero si el útero está bien cerrado (es decir, que no es incompetente) y después para conocer cómo de cercana está la dilatación total (y, en el caso de las primerizas, el borrado del cuello del útero). Suelen realizarse desde el segundo trimestre de embarazo, y según se acerca el final de éste, cada vez resultan más frecuentes y numerosos. El día del parto, los tactos son continuos y permiten que el personal sanitario sepa cómo va progresando. Aparte de ser dolorosos, de violar la intimidad de las mujeres y de realizarse muchas veces sin el consentimiento de éstas, no aportan información relevante porque cada mujer necesita un tiempo y un ritmo específicos y diferentes para dilatar, y además con los tactos aumenta —lógicamente— el riesgo de infección.

Marta es ginecóloga y ella misma comenta que:

De los ginecólogos, hay muchos que van cuando les da la gana hacia el paritorio a meter los dedos a toda la gente, «para hacerme una idea, para hacerme una idea», coño, pero si le acaba de explorar la matrona, por qué tienes que ir tú y volver a hacer lo mismo...

La dilatación se realiza siguiendo un ritmo determinado en cada mujer, así, no hay dos mujeres que dilaten igual. Por lo tanto, mientras la parturienta vaya dilatando y no exista malestar fetal, no hay ningún motivo a priori por el que haya que intervenir en la dilatación. Por protocolo, en los partos hospitalarios se considera que la dilatación es adecuada cuando hay una contracción fuerte cada 2-3 min, de 80-90 segundos de duración, o un ritmo de 3-4 contracciones fuertes y palpables externamente cada diez minutos, pero si no hay indicios de malestar fetal, aunque la mujer dilate con menos ritmo, no hay ningún motivo por el que hacerla dilatar artificialmente. En las nuevas recomendaciones de la OMS para tener una experiencia positiva de parto, se indica que (OMS, 2018: 3):

A minimum cervical dilatation rate of 1 cm/hour throughout active first stage is unrealistically fast for some women and is therefore not recommended for identification of normal labour progression. A slower than 1-cm/hour cervical dilatation rate alone should not be a routine indication for obstetric intervention⁴⁹.

Por el contrario, *Clara* parió en casa y me cuenta que los tactos que le hicieron fueron únicamente tres:

Me realizaron tres en total. Uno cuando ellas llegaron a casa. Yo en realidad... no es que yo quisiera, pero yo quería saber cómo iba la cosa, porque me estaba doliendo.

Las mujeres deberían poder **adoptar la postura** que ellas consideren conveniente durante el parto, pero la litotomía sigue siendo la más usada a nivel protocolario en muchos hospitales:

Mucha mayor prevalencia tiene el parto en posición de litotomía, que continúa siendo la posición habitual en el expulsivo con una frecuencia del 87.4 %. Teniendo en cuenta que tanto la Estrategia como la correspondiente Guía de Práctica Clínica recomiendan permitir que las mujeres adopten la postura que espontáneamente prefieran y que les resulte más cómoda, este resultado se aleja enormemente de lo esperado y sólo puede explicarse por ser la posición más favorecedora para el trabajo del profesional y no para la mujer en el parto. (OSM, 2012: 68)

⁴⁹ «Una frecuencia de dilatación cervical mínima de 1 cm/ hora en el primer estadio del parto resulta poco realista y demasiado rápido para algunas mujeres y por lo tanto no se recomienda como método de identificación del progreso normal del parto. Una frecuencia más lenta de 1 cm / hora no debería considerarse como un indicador rutinario para realizar ninguna intervención obstétrica» (*traducción propia*).

Las madres relatan cómo la postura de litotomía es obligatoria en muchos hospitales y cómo sienten que ésta dificulta el progreso del parto. *Andrómeda* piensa que si le hubieran dejado estar de pie, el parto habría sido mucho más corto. *Anabel* me contó la gran diferencia que notó en el segundo parto, donde podía moverse libremente, respecto al primero, donde tenía que estar quieta en litotomía: el nivel del dolor en el segundo fue mucho menor, siendo la experiencia con movilidad libre mucho más llevadera. Desde luego, las madres no se sentían cómodas en esa postura:

Y la de la litotomía es más rígido que nada, pero eso era obligatorio, por ejemplo, pasar por ahí. Todas parían ahí en el hospital, que yo eso por ejemplo no lo entendía, si tú estás llevando un parto bien, y estoy en la sala de dilatación guay, estoy empujando, tal, ¿por qué me cortas el rollo y me tienes que llevar...? Creo que es así, eh, no lo sé. Es por la comodidad de los médicos, pero para mí no es nada cómodo estar ahí arriba, pero además es violenta, o sea, tú te sientes... o sea, lo ves como violento ese sitio, no es lo más cómodo... no sé.

(Lucía)

Desde que me pusieron la epidural pasé todo el tiempo tumbada, bueno, tumbada relativamente, en el potro, porque además cada vez que me movía, pitaba la aguja, porque la aguja no estaba bien clavada y pitaba la aguja de lo de la epidural, con lo cual no podía incorporarme, cuando tenía las contracciones muy fuertes, y como yo decía, que era como si me hubieran serrado la mitad del cuerpo, porque era esa sensación, intentaba un poco incorporarme para que la espalda estuviera un poco más cómoda, pero como pitaba la máquina no podía ponerme... no me podía sentar...

(Gala)

Es verdad que en la visión del parto que tenemos en la sociedad, la postura de litotomía es la más común en las películas, medios de comunicación, etc. Así, cuando pensamos en un parto, automáticamente en el imaginario colectivo resulta común que la visión que se nos viene a la cabeza es precisamente la de una mujer tumbada gritando y realizando ciertas respiraciones, como comenta *CrisVR*:

Y la postura: lo de estar tumbada en la cama, como toda la vida te han empapado de eso en películas, es que te piensas que no hay más opción en la vida. Pero luego, claro, ya te informas y lees otras cosas, y dices... joder... y podía yo estar paseando, bebiendo agua, saltando, apoyándome, y que sería lo suyo además... eso lo cambiaría totalmente, lo de la cama.

Esta imagen del parto en posición de litotomía afecta a las mujeres casi a nivel del subconsciente. Sobre esto comenta *Maiai*, matrona, que lo tenemos totalmente interiorizado:

Llega la mujer a tu paritorio y tú le dices «soy la matrona que te va a acompañar hasta las nueve de la noche, cómo te llamas, cómo se va a llamar tu bebé...» y ella ya directamente se va a tumbarse en la cama, ellas ya entienden que hay una cama en el centro y van a acostarse en la cama. Eso lo vi con el tiempo, a lo mejor con los cursos nos hemos dado cuenta de más cosas, pero yo decía «es verdad, todas las mujeres que yo conozco que han entrado en mi paritorio se sientan y se tumban en la cama», creo que ellas ya presuponen que vamos a hacer muchas cosas de las que han escuchado, de lo que se hace.

La administración de fármacos por vía intravenosa, la epidural, la monitorización fetal continua, tienen un grave efecto colateral: la **inmovilización de la mujer** en el proceso de parto. Para que la dilatación se produzca a un ritmo adecuado, tiene que existir una total libertad de movimientos, porque éstos ayudarán a la cabeza del bebé a descender, y por ende, a que se dilate. Además, no contentos con dicha inmovilización, en muchos hospitales de manera protocolaria se obliga a parir en posición forzosa de litotomía, esto es, horizontalmente (decúbito supino), lo que dificulta la salida del bebé, aumenta el uso de la episiotomía, e incrementa el riesgo de sufrimiento fetal y el dolor (y por ello, irá nuevamente de la mano de la epidural). Esta postura sólo está destinada a la comodidad del personal médico, que obtendrá un rango de visión mucho más amplio sin necesidad de agacharse, pero en ningún momento tiene en consideración la comodidad de la madre y el progreso adecuado y sin intervenciones innecesarias de su parto⁵⁰.

⁵⁰ Se dice que la posición en litotomía comenzó a utilizarse en épocas de Louis XIV, ya que éste quería ver nacer a sus hijos cómodamente sentado en una butaca. Desde entonces, al observar los profesionales que así es más cómodo para ellos, se utiliza incluso protocolariamente (Lattus y Carreño, 2010: 41-40).



LITOTOMÍA (DECÚBITO SUPINO)

Menor riesgo de pérdida de sangre intraparto y hemorragias postparto.
Más cómoda para el obstetra.
Contracciones más dolorosas y menos efectivas. La pelvis no se encuentra libre, con lo que no se permite el movimiento.
No ayuda al descenso ni a la rotación del bebé en el canal de parto.



DECÚBITO LATERAL (SIMS)

Disminuye las laceraciones del periné, por un mejor control de la cabeza fetal durante el nacimiento y la mayor relajación de la musculatura perineal.
Posición indicada en caso de epidural o tacto vaginal.
Favorece el movimiento del sacro en el expulsivo.



SENTADA

Mejora la eficacia y dirección de las contracciones uterinas y favorece la soportabilidad del dolor. Alivia las molestias lumbaras. Buena relajación del periné. Sentada sobre la pelota el descenso y la rotación del bebé se realiza mejor.



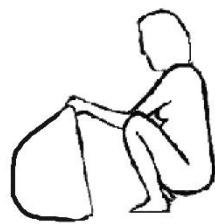
CUADRUPEDIA

Menos trauma perineal:
la gravedad aleja la presión del periné y favorece el descenso fetal.
Mayor elasticidad perineal
Excelente oxigenación fetal.
El control del expulsivo es mejor y requiere menos esfuerzo.
Pelvis libre para el movimiento y favorece el descenso por el canal de parto.



DE PIE

Mayor eficacia de las contracciones uterinas.
Mejor oxigenación fetal.
Menor necesidad de analgesia y oxitocina.
Menor tasa de episiotomías.
La pelvis se encuentra libre, lo que favorece el movimiento que beneficia en el descenso y la rotación del bebé.



EN CUCLILLAS

Diámetros pélvicos aumentados, pelvis libre para el movimiento.
Necesaria menor estimulación por oxitocina y menos partos instrumentales. Disminuyen las laceraciones perineales.
Excelente oxigenación fetal, beneficia la rotación de bebés en posición anterior.

Figura 5.2. Principales posiciones para el parto.

5.2.2.4. Uso de analgesia

La **epidural** es una técnica invasiva de administración de analgesia, que se realiza colocando un catéter entre las vértebras lumbares, a través del cual la anestesia irá administrándose poco a poco. Cuanto más tarde se coloque la epidural, menos consecuencias tendrá sobre el proceso del parto. Si se administra demasiado pronto, la parturienta dejará de tener sensaciones de parto, no sabrá cuándo tiene que empujar, e incluso todo se frenará, como relata *Lucía*:

Pero quizás, pensándolo ahora, dices «si es que es un ratito corto, y ya, y no»... y yo lo alargué, fueron al final un montón de horas, seis horas... lo frené, se frenó todo. Se frenaron las contracciones, luego hay otros problemas médicos, claro. Te baja la tensión, te tienen que meter no sé qué... Que ahora no sé...

Además, aumentará el riesgo de que termine en cesárea. La epidural en el parto tiene un gran número de efectos secundarios (EPEN, sin fecha):

- Hipotensión arterial, por lo que siempre hay que combinar la epidural con la administración de líquidos por vía intravenosa.
- Punción accidental de duramadre (membrana que recubre la médula), lo que produce fuertes dolores de cabeza.
- Dolor en la zona de punción tras el parto.
- Infección del lugar de la punción, que puede incluso provocar una meningitis.
- Disminución de las contracciones, porque la anestesia las para, por lo que a veces se sube la dosis de oxitocina sintética, con lo que de nuevo aumentan los riesgos.
- Falta de movilidad de la madre: al no sentir ya la mitad del cuerpo, y al estar administrándosele fármacos por vía epidural e intravenosa, el parto tendrá que ser en una posición única sin que la madre pueda variarla significativamente, lo que frenará la dinámica de dilatación. Esto produce que el bebé baje más despacio, al no poder ayudar la madre a esta bajada con su propio movimiento, y aumenta así el riesgo del uso de instrumentalización como ventosas o fórceps.
- Alteración de la frecuencia cardíaca fetal.
- Expulsivo más largo, lógicamente, al no tener sensación de pujo. Madre y bebé estarán cada vez más agotados, con lo que el siguiente paso puede ser una cesárea.
- Como la madre no siente dolor, deja de producir endorfinas, con lo que el bebé deja de recibirlas, lo que aumenta el sufrimiento fetal.
- Incremento de las fiebres intraparto.
- Problemas en la lactancia: riesgos de edemas, movimientos difíciles en las primeras horas, problemas en el agarre, y algunos bebés nacen con excesivo sueño a causa de la epidural, lo que dificulta la instauración correcta de la lactancia.

La anestesia epidural es aún muy común en España y resulta un método eficaz frente al dolor, pero a la vez conlleva potenciales riesgos: expulsivos prolongados, aumento de partos instrumentales y fracaso de la lactancia materna. Además:

Se encuentra en niveles muy altos, con un 72,2%, y obedece no solo a las indicaciones clínicas, sino que también está influido por la oferta originada desde los servicios sanitarios y su reflejo en la demanda de las gestantes.
(OSM, 2012: 23)

La epidural no siempre hace efecto correctamente:

Me pusieron la epidural, me pincharon mal la epidural, me hizo efecto de media hora o veinte minutos, que fue el único tiempo que yo descansé, yo seguí con mi dolor de contracciones, que además, como las llamáis habitualmente, de riñones, parto de riñones... Lo pasé muy muy mal durante todas esas horas hasta que nació. Muy mal, de hecho aguantaron, esperaron, empujamos varias veces, con los cambios de turno tuve diferentes matronas, y como a las nueve de la mañana o así «empuja, empuja», no sale, mandaron al ginecólogo, «empuja, empuja», tampoco, me hicieron la maniobra ésa de Kristeller y a la tercera vez que me lo hice dijo «yo ya no le dejo a este hombre que se suba más porque no podía» y me dijo «pues si no sale ya vamos a tener que utilizar un kiwi» [nombre popular que se le da a la ventosa], y bueno, fueron a por él, lo pusieron y es cierto que la primera vez que empujé con el kiwi ya salió.

(Gala)

Pero si ven que vas dilatando, no entiendo por qué hay que meter ese pack, es que no lo entiendo. La matrona no me hizo caso cuando le dije que la epidural no me había hecho efecto, me decía «espérate diez minutos», y es que en esos diez minutos tenía ya la cabeza saliendo, o sea, que menos mal que fue rápido... Ni me hizo caso.

(Nessi)

A *Kalí* le pusieron la epidural para realizarle una cesárea, pero no le hizo efecto. En su caso el remedio fue más expeditivo: le pusieron **anestesia general** para que dejara de gritar.

No me hizo efecto y cuando me rajaron, o sea, no noté cómo me rajaron, noté el dolor de cómo me rajaban, entonces pégue un grito... y me durmieron.

Hay mujeres que piden la epidural porque tienen mucho miedo al dolor en el parto, pero si la epidural se pone demasiado pronto, traerá de la mano muchas otras intervenciones (ver apartado 5.2.2.10), porque se puede perder completamente la sensación de pujo.

«Mira, llevas ya seis o siete horas y esto no avanza, entonces hay que poner oxitocina» y yo recordaba la oxitocina y yo les dije «no, por favor, si no hay prisa, si va todo bien, si no me encuentro mal», «no no no no, pero es que ya puede ser malo para la niña», claro, y ante eso... te dicen eso... y en ese momento yo sabía que en el momento en que me pusieran oxitocina el dolor yo no lo aguantaba, y les dije que entonces quería epidural. Y nada, me pusieron epidural, pero con tan mala suerte que ni siquiera me durmió por completo, me hizo efecto en una pierna sí y en la otra pierna no, y fue tremendo porque la oxitocina te la ponían como si no sintieras dolor, y fue horrible porque además no podías empujar bien, a partir de ese momento fue ya una locura todo el parto, yo creo que las matronas que estaban de verdad intentaron ayudarme, lo que pasa es que el daño ya estaba hecho, porque la oxitocina se había cargado todo el proceso, yo ya estaba angustiada, yo ya tenía miedo, la epidural que vino a complicarlo todo.

(Chos)

A ver, yo tengo muchísimo miedo al dolor, yo no me imaginaba parir sin epidural, y cuando empecé a sentir las contracciones, o sea, no me imaginaba el aguantar muchas horas con ese dolor, y entonces la pedí muy pronto. ¿Qué pasa? Que en cuanto te pones la epidural, ya te tumban, las piernas no las sentía, y entonces, claro, ya te reduce la movilidad. ¿Qué pasó también? Que me pusieron oxitocina muy pronto. Y en todas esas decisiones, yo ahí no tuve margen. Me pusieron la oxitocina, yo rompí bolsa y fui con una dilatación de cuatro centímetros, yo creo que me podrían haber dado margen para dilatar tranquilamente sin necesidad de ponerme oxitocina. Estaba de cuatro o cinco centímetros cuando me pusieron la oxitocina, más o menos a la vez que la epidural. Entonces ahí no tuve margen de elegir, pero tampoco estaba yo informada de lo que podía pasar.

(Cumbia)

El primero, que me pusieron la epidural, que es que fue poder estar tomándome cervezas, o sea, yo no sentía nada, absolutamente nada, o sea, yo estaba hablando con mi chico «pasado mañana ¿qué hacemos?, parece que ha salido el sol», como si estuviera en mi casa viendo la tele, pero sí lo recuerdo con sufrimiento de no sentirme partícipe del mismo ni ser la dueña de ese momento, y no tener esa conexión con el bebé.

(Ángela)

No sientes lo que estás haciendo. Entonces empujas sin control. Entonces a lo mejor de otra forma hubiera empujado cuando tienes que empujar, de la otra forma empujaba cuando me lo decían ellos porque verían lo que fuera que yo no veía ni notaba.

(Happymoon)

En este discurso del miedo entra, pues, la promesa de abolir el dolor mediante la analgesia epidural. En efecto, las imágenes sesgadas de los partos que podemos ver en la televisión o en los medios de comunicación en general muestran esos momentos como dolorosos, peligrosos y arriesgados, así que muchas mujeres estarán dispuestas a someterse a los protocolos médicos si con eso se garantiza que no «sientan nada». Resulta sin embargo paradójico que precisamente quienes querían no experimentar dolor acaben muchas veces en las terribles garras del sufrimiento, al verse sin control alguno sobre sus propios cuerpos y sobre lo que en ellos está sucediendo. Por ejemplo, *Lucía* relata cómo con la epidural perdió el control sobre su propio parto, cómo a partir de ahí dejó que «la acostaran en la cama», adquiriendo desde ese momento una actitud pasiva:

Es que me acostaron. A partir de ahí ya no cuentas, no cuentas, porque tú no controlas, no sabes cuándo vienen, cuándo no vienen, no controlas... Yo hasta ese momento estaba controlando la respiración, más o menos sí sabía, pero a partir de ahí guay porque no me dolía nada, pero viéndolo ahora, pues no es

bueno, pues mal, porque ya dejé de controlar mi parto. Y pasó lo que bienamente pudo pasar, pero pudo pasar cualquier cosa, claro, ahora veo todos los problemas que hay con la epidural y partos que no llegan bien por eso, básicamente. Mi parto iba muy bien y en nada, yo entré con cuatro al hospital, y eran las ocho de la tarde, y a las once ya estaba con siete o así, o sea, que iba muy bien. La epidural lo frenó. Si tuviese la oportunidad de echar el tiempo atrás, pues pararía un poco, pensaría y diría «pues voy a seguir intentándolo yo misma».

Cuando pierdes la sensación de pujo pierdes el **control sobre tu propio parto**, sobre la fisiología del mismo. Está demostrado que los pujos espontáneos, esto es, aquellos que realiza la mujer cuando su cuerpo así se lo pide son mucho más efectivos que los dirigidos por el personal médico (EPEN, sin fecha). El problema, nuevamente, viene en que por el uso de la epidural generalmente las sensaciones están totalmente anuladas, con lo que la mayoría no sabe cuándo empujar, así que lo realizará cuando se lo indiquen, prescindiendo de las indicaciones de su propio cuerpo: el monitor que registra las contracciones, lo visual, ha sustituido al instinto natural de la madre, lo sensitivo.

Mrg78 no quería ponerse la epidural en su segundo parto, pero el matrón le dijo que aún le quedaba una hora, esa afirmación la desanimó profundamente, aunque reflexiona que:

Escuché, fue una tontería, fue así como «no, si lo mismo queda una hora nada más», y claro, ya con eso... que yo estoy segura, si mi parto duró dos horas, ¿cómo va a ser una hora lo que me quedaba si estaba ya dilatada? Es imposible, si con epidural, a lo mejor luego lo que me quedó fueron veinte minutos, sin epidural hubiera sido mucho menos, estoy segura de que hubiese nacido en diez minutos, al ritmo que iba la intensidad de las contracciones

Por eso piensa que, de no ser por esa frase, habría conseguido un parto más fisiológico:

Y entonces en el segundo, si nadie me hubiese hablado del tiempo, si nadie me hubiese dicho una hora... o sea, fue la palabra, eso de oír una hora, eso de «una hora así no aguento», entonces dije «vale, sí, pómela, porque no voy a poder», pero si me hubiesen dicho «venga, que ya está aquí, que en nada nace», no lo hubiera hecho. Es que yo es verdad que no había llegado al expulsivo, pero es que había sido un expulsivo donde en ninguno de los dos he podido sentir esas ganas de empujar, entonces en el segundo más o menos sentía cosas, y es verdad que sentí cómo salía, que eso me gustó más, porque sentí cómo se rompía la bolsa, le sentí escurrirse como de mí... pero no sentía ganas de empujar.

Después de haber pasado por dos partos con epidural, *Mrg78* opina que:

Estoy totalmente convencida de que la postura y estar en vertical, y en cuclillas, tal, ayuda un montón a que se coloque el niño, y en el momento en que estás

tumbada, no se coloca igual, ya tiene que ser de otra manera. [...] El expulsivo sí encuentro que el encaje, que al final es una cosa muy fisiológica, y necesitas tu cuerpo para hacerlo, y hay una parte de tu cuerpo que no responde. Aunque sea una parte muy pequeña, aunque sea una parte muy interna...

Covicheira, matrona, explica que no se advierte de los peligros de la epidural:

La epidural se ha vendido como el remedio maravilloso para las mujeres durante el parto... muchas lo ven así... otras que han tenido la experiencia y que han tenido la epidural no lo creen tanto... pero bueno, lo cierto es, y está demostrado, que la epidural aumenta los partos instrumentales porque le disminuye a la mujer la sensación de pujo.

[...] En un expulsivo que normalmente sin epidural puede durar una hora, o una hora y pico, en una mujer con epidural puede llegar hasta tres horas. La mujer se agota y el recién nacido, el feto todavía, que aún no ha nacido, también se agota, en muchas ocasiones puede empezar a indicar que está sufriendo y al final, hay que abbreviar el expulsivo, con un parto instrumental. La epidural es uno de esos temas en los que yo digo que la mujer tiene que estar informada, y ser informada no es «existe la epidural, quítate bien el dolor, va maravilloso, póngtela», eso no es informar sobre la epidural. La epidural es una técnica que viene muy bien para muchos partos, sobre todo para los partos medicalizados, para las inducciones, en los que se espera que los partos... que sean muchas horas, donde hay que poner medicación, donde la mujer pues tiene que estar sin movimiento. Pero desde luego no es una técnica demasiado indicada para los partos de bajo riesgo, lo que se está poniendo es una... se está epiduralizando masivamente a las mujeres, evidentemente porque la mujer la solicita, pero bueno, habría que informar a las mujeres pues de todo esto, que la epidural aumenta el riesgo de partos instrumentales, que la epidural dificulta la lactancia materna, y eso también está demostrado, y la dificulta porque parte de esa medicación le pasa al bebé y el momento hormonal del puerperio no es lo mismo que una mujer que no tiene epidural, entonces el niño está muy dormido porque le están llegando opiáceos, el niño está muy dormido, en muchas ocasiones no se va enganchando bien al pecho, no ocurre esto solamente un día, sino que puede ocurrir que durante los primeros días, tres-cuatro días, el niño esté muy dormido y no mame suficiente

Así es como se sintió *Jable*, mal informada:

No te dicen ni lo que te ponen ni por qué te lo ponen, ni cuánto vas a tardar ni nada. No me sentí bien informada. Nada, simplemente realizaron los procedimientos. De hecho, te dan a firmar el consentimiento de la epidural o de qué era, que yo sin gafas no lo pude ver. Y te dicen «o firmas o no te tratamos».

Mickey Mouse, ginecólogo, comenta cómo las mujeres españolas piden en su gran mayoría la epidural, lo que conlleva partos más instrumentales:

Tenemos una cosa importante, y que... que la mujer en España es que quiere la epidural, exige la epidural, y la epidural ya de por sí aumenta la instrumentación de los partos, y la intervención de los partos, de hecho ya no es un parto completamente natural, es un parto intervenido con la epidural, entonces bueno, eso también compromete bastante, y claro, la OMS te dice eso... pero

claro, los partos en Uganda no tienen epidural, son chicas jóvenes y sin epidural, empujan como una maravilla, aquí pone epidural a chicas de 40 años, pues claro...

Candela cuenta la soledad y el miedo que sintió en el momento de ponerse la epidural:

Sí, el momento que recuerdo el peor momento del parto fue el momento de poner la epidural, me recuerdo temblando, me recuerdo pues así, como te piden, ¿no? Que pongas la espalda en forma de C, recuerdo que estaban dos matronas y el anestesista hablando de sus cosas del hospital, que si no sé qué curso que si tal, yo recuerdo estar pasándolo fatal, que no estaba mi pareja, recuerdo temblar no sé si de frío o de qué, y recuerdo que en algún momento la matrona se dio cuenta o me quiso mirar, y me dio la mano para... claro, al estar también con las contracciones en esos momentos, y en un momento dado sí se dio cuenta y me dio un poco de afecto.

Según la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, el abuso de la epidural estaría influido por diversos factores, entre los que se encontrarían el no acompañamiento por una persona de confianza así como el no ofrecimiento de otros métodos para el alivio del dolor, como la inmersión en agua caliente, la autoadministración de óxido nitroso, las pelotas de masaje pélvico, etc. o la falta de apoyo profesional con técnicas de relajación, inyecciones de agua estéril en zona del sacro, acupuntura, moxibustión, administración parenteral de opioides, etc. (OSM, 2012: 67).

Lothian y Grauer (2003) plantean que los temores de las mujeres van de lo mano con lo «conocido»; así, lo que las mujeres «conocen» por los medios de comunicación y la visión sociocultural del parto es una imagen de éste como algo sumamente intervenido y nada fisiológico, de modo que las mujeres verían el embarazo y el parto como eventos muy arriesgados y dolorosos en los que todo puede salir mal. Si la visión del parto resulta totalmente patológica, es lógico que las mujeres sigan exigiendo la epidural, puesto que va acorde con esa idea central del parto como un momento de tremendo riesgo y de gran dolor.

5.2.2.5. Episiotomía y partos instrumentales

La episiotomía es un corte en el periné, supuestamente para evitar desgarros. Pero la evidencia científica actual (Landy *et al.*, 2011) demuestra que con las episiotomías el riesgo de desgarros de tipo más grave es mayor. También está demostrado que los inconvenientes son mayores que sus beneficios, sobre todo en cuanto al dolor residual (Hartmann *et al.*, 2005). Por lo general cura mucho mejor un desgarro vaginal realizado

de manera natural en el expulsivo (porque sólo se desgarrará hasta donde haga falta, muchas veces afectando sólo a un poco de piel, sin embargo en las episiotomías se tiende a cortar «de más», afectando al músculo), ya que la cicatrización de la episiotomía es lenta, dolorosa, molesta al sentarse, y puede llegar a producir incontinencia urinaria y fecal, dolores en las relaciones sexuales y sensación general de tirantez.

La *Estrategia de atención al Parto Normal* y la Organización Mundial de la Salud desaconsejan el uso rutinario de episiotomías, pero en España se siguen realizando por protocolo en muchos hospitales. Afortunadamente, se ha bajado de un 90 % de episiotomías que se hacían a finales de los años 90 a un 47 % a día de hoy, pero seguimos aún muy lejos de la cifra recomendada por la OMS (no más de un 15 %). Marsden Wagner, exdirector del departamento Materno-Infantil de la Organización Mundial de la Salud, define la episiotomía sistemática como una forma de mutilación genital femenina (Wagner, 1999: 1977).

En moyenne, les déchirures périnéales après épisiotomie sont plus graves et plus délabrantes que celles qui surviennent spontanément. Interrogez, en fin, les femmes dans leur intimité : vous verrez que le nombre de celles qui n'osent se plaindre de séquelles durables, notamment dans leur vie sexuelle, n'est pas négligeable (Girard, 2010: 6)⁵¹.

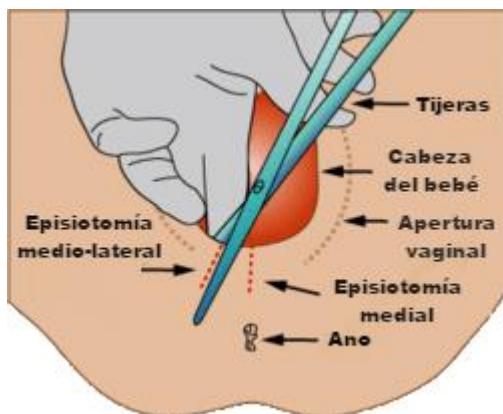


Figura 5.3. Los dos tipos de episiotomía que se usan actualmente: *medio-lateral* y *medial*.

La evidencia científica ha demostrado que la recuperación tras un desgarro espontáneo suele ser menor y con menos problemas que la de una episiotomía:

⁵¹ «De media, los desgarros perianales después de una episiotomía son más graves y más destructores que aquellos que se producen espontáneamente. Pregúnten a las mujeres sobre su intimidad: verán cómo el número de las que no se atreven a quejarse de secuelas duraderas, sobre todo en su vida sexual, no es despreciable» (*traducción propia*).

La episiotomía sistemática es una práctica cuestionada actualmente y que presenta una amplia variabilidad en el territorio español. Existe evidencia consistente de que la episiotomía rutinaria no aporta beneficios y sí tiene complicaciones a corto y largo plazo. No existe evidencia que justifique esta práctica iniciada en el siglo XVIII y todavía ampliamente utilizada, subestimando los potenciales efectos adversos, como disfunción del esfínter anal, incontinencia urinaria y dispareunia, así como su asociación a una mayor frecuencia de desgarros de tercer y cuarto grado. (OSM, 2012: 26)

En España los partos vaginales se siguen realizando con un elevado porcentaje de episiotomías (de más del 40 % en la sanidad pública, ver apartado 4.3). Ángela no quería episiotomía, pero se la hicieron igualmente:

En el primero, me sentí algo ninguneada e impotente, porque a pesar de que pedí que no me pusieran oxitocina, ni epidural, ni me hicieran la episiotomía, me dijeron que la oxitocina me la ponían sí o sí por protocolo y tras una hora de contracciones insufribles, acabé pidiendo yo la epidural. También me llevé de regalo la episiotomía, a pesar de que manifesté que no quería que me la hicieran.

Maicha se enteró después del parto de que le habían hecho una episiotomía:

Todo esto atada a la cama, con el monitor fetal, no te puedes mover, porque si no eres mala madre, «tu hija va a sufrir», no sé qué, tal, oxitocina por vena a lo bestia, contracciones que no te da tiempo a... el dolor llega un momento en que es tan intenso... y como una tontita, siempre tontita. El personal mal. Episiotomía, ahí fue la primera episiotomía, ya del tirón, obviamente sin avisarte ni nada, sin anestesia, ni para la episiotomía ni para el cosido posterior, eso me ha pasado en todos los partos.

A algunas mujeres sí las informan de que les van a realizar episiotomía, pero sin pedirles su opinión, como le pasó a *Bac+2*:

Yo me acuerdo que me ha dicho «mira, que no te voy a volver a poner puntos allí», en esta cicatriz antigua, «pero sí que te voy a cortar un poquito y ponerlo en otro lado», pero no me han preguntado antes de cortar. Me dicen «tengo que cortar un poco» (se ríe), pero no preguntan, yo pensaba que era imprescindible, no... pues eso...

Kalí se negó a la episiotomía y consiguió que no se la hicieran:

La ginecóloga me decía «bueno, pues ya si te tienes que llevar una episiotomía, ya que has llegado hasta aquí, ¡pues te la llevas!» y yo le decía «no no no no, tú a mí no me vas a cortar, no me cortes porque no, deja que yo dilate y que si me tengo que desgarrar deja que yo lo haga, pero a mí no me cortes».

A veces hay disconformidad de opiniones: las matronas están entrenadas para intentar optar siempre por un parto más fisiológico, por lo que pueden darse situaciones tensas entre matrona y ginecólogo.

Incluso hubo un momento en que yo escuché a mi comadrona decirle a la ginecóloga que no me cortara, porque no me hicieron episiotomía, pero no me la hicieron gracias a mi comadrona, porque ya estaba la ginecóloga sacando las tijeras, y fue la otra que le dijo «espérate, espérate un momento», y en ese sentido me ayudó, creo que me la hubiera hecho sin siquiera consultármelo, porque estaba como ella metida en su mundo.

(Bea)

Pues a ver, yo creo que en mi parto la matrona estaba desconforme con lo que hizo el ginecólogo. A ver, yo creo que el ginecólogo... usó espátula, yo estaba pujando, y hubo un momento en que tuvieron que usar espátula, porque el niño pesaba mucho, yo no sé si es que no estaba haciendo bien los pujos, no sé por qué, pero yo ahí vi como que la auxiliar y la matrona había algo que no les cuadraba. Y yo tenía puesta la vía, y dijo en un momento dado «voy a dar orden a las enfermeras de planta de que no le quiten la vía, porque esta niña va a tener muchos dolores hoy», lo dijo así como con mucha resignación, como que podría haber sido de otra forma, pero yo ahí ya no sé, no sé si es que se precipitó al hacerme la episiotomía, si no tendría que haber usado espátula, es que yo ahí ya...

(Cumbia)

El matrón Al comenta cómo los ginecólogos no suelen confiar en los perinés de las mujeres, y me cuenta esta anécdota:

Yo realizo muy pocas episiotomías, porque no tiene ninguna evidencia científica para prevenir desgarros, entonces únicamente si el bebé tiene que salir sí o sí porque se está muriendo o porque tiene algún problema, hago episiotomía. Pero para prevenir desgarros, nunca. Y muchas veces, en los hospitales, cuando tengo detrás a alguna... o a algún ginecólogo... o a alguna residente o a algún residente de ginecología, más de una vez yo intento de forma así, bueno, amable, decir «esta mujer va a parir sin ningún tipo de desgarro», para que entiendan que no voy a hacer episiotomía, que no me metan presión y que me dejen tranquilo, porque yo confío plenamente en los perinés de las mujeres, y más de una vez y más de dos me han dicho «ay, no me asustes», pero no es uno ni dos, me lo han dicho varias veces. Y me parece curioso ese miedo, esa falta de confianza que tienen los ginecólogos y las ginecólogas hacia el proceso del parto, hacia el cuerpo de la mujer, parece como si cualquier mujer embarazada, cualquier mujer que está pariendo, fuera una mujer o un ente potencial para sufrir barbaridades (se ríe), para sufrir desgracias, están esperando siempre el estallido vaginal. Y sin embargo, cuando tienes paciencia, cuando confías, cuando dejas tiempo... los perinés distienden, los perinés muchas veces no se desgarran o se desgarran muy poquito, y ellos no se lo creen. No se lo creen porque están acostumbrados a intervenir siempre y hacer episiotomías. Es algo que me parece curioso por lo repetitivo.

La episiotomía también suele usarse en los **partos instrumentales**, porque de ese modo se agranda el espacio de maniobrabilidad en el canal de parto para que así quepa el instrumento. Hay mujeres que tienen un auténtico terror al parto instrumental, como *CrisVR*:

Sobre todo estaba muy cagada de que usaran fórceps y cosas de éas, eso también lo dije que por favor bajo ningún concepto, porque sí que había leído cosas horribles, y le dije «mira, antes de que me metáis una ventosa, un fórceps o lo que sea, me hacéis una cesárea, o sea, prefiero que me rajéis a mí a que la deforméis o que le hagáis un daño cerebral o cualquier cosa».

Los partos instrumentales son aquellos en los que se usan instrumentos para extraer al bebé del canal de parto: **fórceps** (dos palas articuladas con la que se extrae el bebé tirando de su cabeza), **espátulas** (parecidas a los fórceps, pero sin articular entre sí) y **ventosas** (se extrae al bebé mediante una campana que hace el vacío, también se llama «kiwi»). Si las mujeres tuvieran libertad de movimientos y de posición, en la mayoría de los casos estos instrumentos no serían necesarios. Pueden causar desgarros, lesiones, hematomas y dolor en la madre y heridas, hemorragias, laceraciones, fracturas y dolor en el bebé.



Figura 5.4. De izquierda a derecha: fórceps, ventosas y espátulas.

El Cid, ginecólogo, explica cómo a veces se usa el instrumental de manera «didáctica»:

Las excepciones casi siempre son las cesáreas programadas por motivo médico o a demanda de la paciente o conveniencia del obstetra dentro de unos límites. En el parto instrumental las excepciones son los «fórceps o ventosas docentes» en hospitales universitarios o con capacidad docente para formar especialistas.

Tanto en la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (OSM, 2012: 26) como en las nuevas recomendaciones de la OMS (OMS, 2018: 8), se desaconseja el uso sistemático de la episiotomía, por no estar demostrada su eficacia y por dar lugar a complicaciones a medio y largo plazo; igualmente, los partos instrumentales están desaconsejados

cuando no resultan necesarios, para lo cual se trataría de evitar un manejo patológico del parto: hay que tener siempre en cuenta que cada mujer puede dilatar a un ritmo diferente (OMS, 2012: 31).

5.2.2.6. Maniobra de Kristeller

La maniobra de Kristeller, esto es, apretar durante el expulsivo fuertemente en el abdomen de la parturienta, ejerciendo así presión sobre el fondo uterino para aumentar la presión abdominal y ayudar al bebé a bajar, está hoy en día desaconsejada por la SEGO y la OMS, y se ha prohibido en muchos países. Aun así, en España se sigue utilizando sin tener en cuenta sus consecuencias (OVO, 2017: 7). Los bebés pueden nacer con fractura de hombros o clavícula, desgarros musculares, hematomas, lesiones en órganos internos, hipoxia, incremento de la presión intracranial, etc. Para las madres, puede suponer un desprendimiento de placenta, un desgarro uterino, un prollapso urogenital, un aumento del riesgo de desgarros graves, así como hemorragias, contusiones y fracturas.

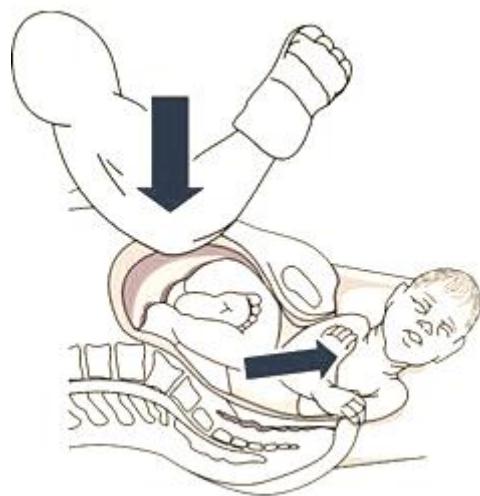


Figura 5.5. Maniobra de Kristeller.

Esta maniobra fue formulada en el siglo XIX por un médico alemán llamado Samuel Kristeller como ayuda para que el bebé salga una vez está coronando, pero no se describió en ningún momento para bajar al bebé desde un plano superior, que es como se usa en demasiadas ocasiones. *El Cid*, ginecólogo, lo explica muy bien:

Ya originalmente la maniobra descrita por su autor estaba destinada a usarla en la segunda fase del parto, es decir, cuando la cabeza fetal está encajada (III-IV plano), el autor (del siglo XIX) lo presentó como una «nueva técnica para el parto en caso de contracciones débiles» (lo definió como «fuerza que se hacía con las dos manos/puños a la vez, empujando en dirección al periné. Debería durar entre 5 y 8 segundos, sincronizada con la contracción uterina, y con una pausa de entre 30 segundos a 3 minutos»), aunque con el tiempo se fue modificando, los resultados teóricamente derivados de la maniobra no estaban exentos de problemas, dejaban secuelas. Si se practica con excesiva fuerza, la madre puede sufrir rotura de costillas, rotura de útero, de la musculatura perineal... En el bebé puede ocasionar parálisis de hombros.

También añade que en su día resultó muy útil porque no se contaba con otras intervenciones:

La realidad es que esta técnica antiguamente ha ayudado mucho en los partos, cuando las cesáreas eran un problema: corría grave riesgo la vida de la madre porque no había quirófanos modernos ni tampoco existían antibióticos, anestesista, etc.

El problema es que se siguen realizando maniobras de Kristeller sistemáticamente en los paritorios españoles: más del 26 % (OVO, 2017). A algunas mujeres les informan, y a otras no. A *Chos* no le informaron, y siente que le hicieron «todas las barbaridades». *Anabel* tampoco entiende por qué le hicieron esta maniobra, si sólo llevaba 45 minutos de expulsivo y no existía ningún indicador de malestar fetal que indicara que había prisa para terminar el parto. A *Andrómeda* se la realizaron dos veces y le pareció absolutamente «horrible». *Mrg78* no entiende aún por qué se la hicieron, si supuestamente era un parto respetado:

Fue un Kristeller porque lo he deducido yo, porque era ponerse la matrona en la tripa y empujar, que luego la ginecóloga me dijo que estaba baldada del esfuerzo, y la que más esfuerzo hizo fue la matrona, la matrona estaba rota, entonces sí fue un Kristeller, pero nadie lo mencionó, tampoco yo me atreví a decir... porque era como «o esto, o cesárea», o sea, yo lo vi como que ahí ya la cosa era... pues un poco... ya estás metida en la tensión ésta de que no sale, no sale, espérate, se te ha ido para arriba... Entonces, dentro el agobio... Es como decir «como yo confío en vosotras y es un parto respetado, entiendo que si lo estás haciendo es porque hay que hacerlo».

Aunque a algunas mujeres les informaron de que les iban a realizar dicha maniobra, no les explicaron los riesgos que conllevaba. A *Cumbia*, por ejemplo, le informaron de que se la iban a hacer «porque era necesaria», pero no le comentaron por qué ni cuáles podrían ser sus consecuencias. *Gala* también lo pasó muy mal:

Estoy completamente segura de aquello porque sí sabía lo que era, porque además a una de mis primas se lo habían hecho, y recuerdo al final del embarazo de estar hablando de cómo había sido el parto de cada una de mis primas, tal, no sé qué, y a una de mis primas se lo hicieron y lo pasó francamente mal, cuando me lo dijo fue como «¡ostras!», no sabía los inconvenientes que podía tener, porque eso realmente yo lo desconocía, me asusté de alguna manera... por llamarlo de alguna manera. Me asusté un poco, de «ostras, esto va a doler», pero nada más, o sea, no me dijo «puede pasar, no puede pasar...», no, eso no. Fue en tres ocasiones, y yo misma pensé «una más no la aguento» y ahí fue cuando él dijo «vamos a probar con el kiwi, y si no la siguiente opción es cesárea».

Cabe reseñar el caso de *Happymoon*. Embarazada de dos bebés, le realizaron una maniobra de Kristeller cuando ni siquiera el primero había salido:

Fue para la niña, que salió la primera, y luego el niño, como era más pequeño, y ya el camino estaba ya hecho... Me la hicieron con los dos dentro. De hecho el segundo... La primera sí que estuvo coronando un montón de rato, que sí que no, que sí que no, asomaba y se volvía a meter, y entonces hicieron la Kristeller entonces, y luego para el niño que dijeron «empuja, no empujes más, no empujes más», porque ya el otro salía disparado, como era tan peque... Yo me acuerdo que se me puso muy arriba, me molestaba para respirar también... Me acuerdo que hasta le dije «¡jodeeeeer!».

La maniobra de Kristeller tuvo graves consecuencias físicas en *Happymoon*:

A raíz de hacerme la maniobra Kristeller, me salió un mega hematoma en la zona de la vulva y anal, la noche del parto el dolor era increíble, se puso toda esa zona muy dura, los puntos de la episiotomía súper tirantes... yo pensaba que se me había movido algún hueso de la pelvis porque era durísimo. Llamamos a las enfermeras varias veces y cuando vino una y le dije que me dolía mucho me dijo: «pero como no te va a doler, si acabas de echar a dos criaturas por ahí». Claro, yo no tenía experiencia, igual eso era lo normal... pero era inaguantable, al final mi marido cogió a otra enfermera y cuando me miro la zona se llevó las manos a la cabeza y me pusieron un gotero con algo que me calmó el dolor. Imagínate cómo era el hematoma que venían enfermeras de otras zonas del hospital sólo para verlo... y cuando fui a la matrona mía cuando me dieron el alta me dijo: «¡Anda! Tú eres la del hematoma... algo había oído de esto.» Al día siguiente la ginecóloga me dijo que el hematoma se iría absorbiendo poco a poco, pero que tardaría, que me pusiera trombocid en la zona y hielo, el sentarse era muy doloroso. A los dos o tres días de parir como la zona del hematoma estaba tan tirante se soltó un punto, por lo cual la ginecóloga pensó que sería buena idea drenarlo, así que me bajaron a una consulta (no quirófano) y me hicieron lo que fuera que me hicieran pero parecía una matanza pues había muchísima sangre por todas partes... no sé si por eso o por las hemorragias que tuve el día del parto que iba chorreando sangre mientras andaba al baño me tuvieron que poner unos goteros de hierro. Después del drenaje me sentí muy aliviada, ya no tenía apenas dolor ni me tiraba la zona. Pero claro los puntos de estar súper tirantes a quedarse flojos no hicieron su trabajo así que el corte no se cerró como debía y a los diez días de parir me tuvieron que ingresar para volver a hacer otro corte y volver a coserlo en condiciones.

También cuenta cómo la ginecóloga se escondía de ella, a raíz de los efectos secundarios de la maniobra: ¿quizás tenía miedo a que la demandara?

Se me soltó el punto de la episiotomía y me dijeron «bueno, vamos a drenarlo» y me bajaron a un sitio que era cutre total, que yo dije «o sea, esto no puede estar pasando en un hospital», porque era terciermundista total, pero bueno, y vi a la ginecóloga que me había llevado el parto... y se escondió! Hizo así... puuuuf, y se fue. Y ahora pienso... joder... Igual entre ellos, claro, yo no lo sabía, yo esto porque a raíz de que me lo dijo después mi amiga, pero yo no me lo había... no sabía ni lo que era ni nada. Pero, claro, ella sí que lo sabe. Porque son médicos, se dedican a esto. Entonces igual entre ellas lo habían hablado y habían dicho «esta cosa rara es por esto», y a lo mejor por eso dijo «¡hostia, a ver si me va a decir algo!» o no sé.

Maiai es matrona y comenta que ella no ha visto de momento ninguna maniobra de Kristeller:

Por ejemplo, los Kristeller... éhos jamás de los jamases lo he visto en estos años en Las Palmas, y agradezco no haberlo visto, porque... ¿en otros hospitales pasa esto? Yo en mi vida lo vi, y gracias a Dios, porque si ya estaba bloqueada y super traumatisada con las cosas que estaban pasando, digo «menos mal que no vi esto».

Sin embargo, *Matrona Empoderada* ha tenido experiencias distintas al respecto:

La última maniobra de Kristeller que yo vi... la más heavy que yo vi que yo sufrí, que fue la de la chica ésa de la placenta... el ginecólogo fue tan brutal que me dio un manotazo... llegó un momento en que era tan escandaloso que le toqué así el brazo y le miré a los ojos como diciendo «para, por favor» y me dio un manotazo diciendo «¡quita, aquí mando yo, no me digas lo que tengo que hacer!». Horroroso. Parecía una violación. Y... no sé... hace dos meses se murió un bebé por este tema. El ginecólogo decidió que era hora de acabar sin ningún criterio clínico y decidió bajar a un bebé desde un plano altísimo de la pelvis, para sacarlo... fue algo brutal.

Esta matrona intentó un día charlar con una mujer a la que habían realizado un Kristeller muy duro, como disculpándose por el trato que tuvo que recibir:

Yo le dije «vaya, siento mucho que tuvieras ese parto y siento mucho que te apretaran así la barriga, de esa manera, probablemente vayas a necesitar rehabilitación del suelo pélvico en el postparto por esta maniobra» y la mujer me dijo «sí, pobres, ¡vaya, cómo les costó sacarlo, menos mal que me ayudaron!», la mujer no era consciente, y entonces... pues... ¿quién era yo para decirle en ese momento «no sabes lo que te han hecho, te han reventado, probablemente te estés meando el resto de tu vida?», pero ello lo... Entonces... Una cosa que quiero añadir es que la mayoría, o muchos ginecólogos, no usan el instrumental adecuadamente, y su forma de solventar esa falta de habilidad a la hora de instrumentar es bajando a los bebés hasta que están más abajo y sacándolos... un poco más a tiro, por decirlo así.

La *Estrategia de Atención al Parto Normal* desaconseja la maniobra de Kristeller por sus riesgos potenciales de morbilidad materna y fetal: no mejora la tasa de partos vaginales espontáneos, no reduce la tasa de partos instrumentales y también resulta ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto (OSM, 2012: 26). Aun así, se sigue usando en un 26 % de los partos vaginales (*Ibíd.*).

5.2.2.7. Partos de nalgas

Entre la semana 28 y la 32, la mayoría de bebés se dan la vuelta, colocándose en posición cefálica, preparándose para que, en el momento del parto, la cabeza salga primero. Sin embargo, algunos bebés permanecen en posición podálica, y según va avanzando la gestación es cada vez más complicado para ellos darse la vuelta, puesto que el espacio resulta cada vez menor. Entre un 3 y un 4 % de los embarazos termina con el bebé en podálica (SEGO, 2011: 479), sin que éste haya conseguido darse la vuelta. También existen métodos para intentar voltearlos artificialmente, como la moxibustión o la versión cefálica externa⁵². *Emma* relata lo sola que se sintió en la versión cefálica y cómo ésta finalmente no tuvo éxito en el volteo del bebé:

Yo pasé mucho más miedo cuando me hicieron la versión cefálica, que ahí sí que entré sola, nos dijeron que era una maniobra que no era agradable de ver, y que mejor que él esperara fuera, ahí no le dieron la opción de pasar. Tuve más miedo en ese momento, en ese rato, que me durmieron... que en la cesárea, que estaba él, que estuvimos todo el tiempo de la mano... Poder estar acompañada en una cesárea yo creo que es fundamental.

Si las técnicas para colocar al bebé en posición cefálica fallan, se debería intentar siempre prioritariamente un parto de nalgas. Según la SEGO (SEGO, 2011: 481), los partos de nalgas resultan una opción segura, así que, siempre que el parto no sea inducido y que el bebé no sea macrosómico, debería intentarse un parto de nalgas y no una cesárea electiva. Sin embargo, la cesárea electiva sigue siendo la primera opción en muchos centros hospitalarios, puesto que no han adaptado sus protocolos a la inclusión de partos en podálica. Eso es lo que le sucedió a *Emma*:

⁵² La moxibustión es una técnica oriental según la cual, aplicando distintos puntos de calor, se podría guiar al bebé para que se diera la vuelta. La versión cefálica externa es otra técnica para girar al bebé y que se coloque en posición cefálica, consistente en ir girándolo manualmente desde fuera, después de administrar ciertos medicamentos llamados tocolíticos para inhibir las contracciones uterinas y permitir también la relajación de la madre.

El bebé venía de nalgas, se había puesto de nalgas. Nada, eso, entonces me hicieron una ecografía cuando hice el traslado del expediente, y me dijeron que a ver si durante el verano se daba la vuelta. No se dio la vuelta. Hice eso de andar a gatas y todo... Y entonces me acuerdo que fui a la consulta, el bebé seguía de nalgas, y entonces me propusieron que había dos opciones: una versión cefálica externa o programar una cesárea. O sea, como que ellas no atendían partos de nalgas. Que no, eso no era una opción.

A *Claudia* ni siquiera le intentaron hacerle la versión cefálica externa:

La niña estaba en podálica, iban a hacerme la versión cefálica externa pero cuando fueron a... no sé, algo dio como que la cosa no iba bien, que la niña era pequeñita y que no iba a aguantar ni la versión cefálica ni un parto vaginal, y que la niña tenía que salir ya porque...

A *Ángela*, sin embargo, le dijeron que dependía del personal que hubiera, pues no todo el personal estaba formado en la atención a partos en podálica. Nuevamente, hay un factor «azaroso» en la atención al parto que se va a recibir:

Me dijo que sí los atendían siempre y cuando hubiera personal formado en cierto tipo de maniobras y en ese tipo de parto, entonces ahí me aconsejaron que si yo quería tener un parto... bueno, me transmitieron tranquilidad y me dijeron que ellos tenían un protocolo estricto de medir la cabeza del bebé, que era mi segundo parto... o sea, una serie de pautas, y si se cumplían, pues me ofrecían que pudiera ser un parto vaginal en vez de una cesárea programada o algo así.

Ángela finalmente tuvo suerte y consiguió un parto de nalgas, aunque tuvo que ser con las exigencias del hospital, como la obligación de ponerse la epidural, porque se percibía como arriesgado:

Y finalmente no hubo que hacer ninguna maniobra extraña porque fue todo como la seda y la cría hizo no sé qué y yo empujé muy bien según ellos y todo fue perfecto y no hubo nada raro, entonces fue casi más rápido... bueno, no sé si fue más rápido que el otro, pero fue estupendo. Yo que recuerde... como yo no lo vi... no estaba en el lado donde estaba el padre... pero yo creo que no hicieron nada, recuerdo que estaban ahí unos señores al fondo, pues unos chavales, estudiantes o lo que fueran, y los médicos, y me decían «empuja» y tal, y como preparados para hacer una maniobra que no hubo que hacer por lo que me transmitieron al final del parto, me dijeron «ay, has empujado fenomenal», debió de sacar el culo y las piernas salieron, entonces no hubo que hacer nada, lo que me transmitieron fue «no ha habido que hacer nada, y ha ido todo estupendo», creo que también en parte porque la epidural que me pusieron en ese parto, que tampoco me pude librar, porque me dijeron que por si acaso había que hacer cesárea de urgencia, un mínimo me tenían que poner.

Ángela está muy satisfecha, ya que siente que tener un parto de nalgas es un triunfo:

Y luego, lo sentí también como un triunfo porque a pesar de que venía de nalgas y de que me avisaron del protocolo que tenían establecido, y que me dolió más

que el otro, yo sentí que era más partícipe en el parto y que cuando me dijeron «ha ido todo fenomenal, qué bien has empujado, no ha habido que hacer nada», yo me sentí orgullosa de mí misma y de mi bebé, de decir «madre mía, sí se puede», era como también un poco decir «es que lo podemos hacer, si nos dejáis de mandar ese mensaje de “somos casi como bebés, no sois capaces, tiene que estar el médico ahí para decir lo que tienes que hacer, no sabemos parir”».

Por lo tanto, aunque entre un 3 y un 4 % de los bebés se encuentran en posición podálica al final del embarazo, muy pocos equipos de profesionales tienen actualmente los conocimientos necesarios para atender dichos partos (Samper, 2008), por lo que la gran mayoría de los bebés en podálica acabarán naciendo por cesárea.

5.2.2.8. Cesáreas

Una cesárea es una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero para extraer al bebé. Se cortan cinco capas diferentes de tejido, por lo que es considerada una operación de cirugía mayor. La OMS recomienda entre un 10 y un 15 % de cesáreas. Sin embargo, en España los porcentajes se disparan alarmantemente (Armendáriz, 2013), sobre todo en algunas clínicas privadas, donde pueden llegar a rozar cifras escandalosas: el riesgo de cesáreas aumenta en los centros privados y en los hospitales con un menor volumen asistencial (Sarriá-Santamera, 2003). También se ha observado mayor probabilidad de cesáreas cuando los médicos cobran por acto que cuando cobran un salario fijo, así como en las mujeres con seguros médicos privados (Johanson *et al.*, 2002; Sarriá-Santamera, 2003).

Según la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (OSM, 2012: 34):

La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbilidad materna y fetal sensiblemente mayor que la de partos normales, con secuelas para la madre y la/el recién nacido. La tasa de cesáreas se considera un buen indicador de calidad de la atención materna y perinatal, siendo un 15 % el nivel recomendado por la OMS. La EAPN señala que si bien existe dificultad para llegar a establecer una tasa estándar, sí es fácil reconocer la gran variabilidad existente en las tasas de cesáreas, incluso ajustadas por riesgo, lo que indica el gran margen de mejora existente. También señala que en la mayoría de los casos, es posible que las mujeres tengan partos vaginales tras cesárea permitiendo el inicio espontáneo del parto en estas mujeres. Con todo, en España el número de cesáreas se encuentra por encima de lo deseable.

La cesárea ha pasado de ser algo que se realiza en casos excepcionales (placenta previa, prolapsio de cordón, posición transversa del feto, desprendimiento de placenta, ruptura

uterina, sufrimiento fetal confirmado, desproporción pélvica auténtica, tumores uterinos, etc) a convertirse en la vía rutinaria de nacimiento de uno de cada cuatro o cinco niños.

A veces la cesárea ha de practicarse de urgencia por alguna emergencia médica, como le pasó a *Jable*:

Yo vi que las constantes de mi hijo... se le paraba el corazón. Y lo dije, me dijeron que no pasaba nada, y a las ocho de la tarde vino un matrón, y mi madre siempre dice que fue gracias al matrón, y fue el que me bajó pitando a cesárea de urgencia. Entonces claro, fue muy rápido.

Fue su segunda cesárea, y en la primera le dejaron una sensación permanente de «encorchamiento»:

Lo que yo sí noté fue después: yo tengo varias cirugías en la barriga, entonces cuando me hicieron la cesárea yo la notaba encorchada, dormida la barriga, totalmente dormida la barriga. Yo decía «yo tengo la barriga encorchada», la sensación de encorchamiento, y no se me quitó, e incluso yo te diría que hasta un poquito inflamada la barriga, porque yo soy de culo y caderas, pero no tengo tripa, entonces era como una sensación de hinchazón, y en la segunda cesárea cuando el ginecólogo entró en mi habitación y demás... yo además soy muy bruta, porque tengo un nivel de dolor muy bueno, entonces como me activé muy bien, vaya. Entonces se lo dije «fenomenal, lo único bueno es que esta segunda vez no tengo la barriga dormida», fue cuando él me dijo «ojo, eso es que te habían pinzado lo que fuera».

En efecto, durante las cesáreas, se tendrían que evitar los nervios que permiten sentir el abdomen (ilioinguinal, iliohypogástrico y genitofemoral), sin embargo, no todos los cirujanos poseen la misma habilidad. E Incluso cuando los nervios no se cortan, pueden quedar aplastados o atrapados en el tejido de la cicatriz que se forma después de la operación. Todo esto puede resultar en entumecimiento abdominal (Hernández, 2017).

Muchas veces se programan cesáreas porque la madre quiere que su hijo nazca en una fecha determinada, o porque tiene miedo al parto (cuando la recuperación de una cesárea es mucho peor), o porque el médico no puede asistir el nacimiento más que en unas fechas determinadas. Esto es lo que en redes sociales y foros afines a temas de maternidad suele llamarse «cesáreas in-necesarias», y constituyen una sutil forma de violencia mediante la cual se ejerce una cirugía mayor de la cual una mujer tarda unos dos años de media en recuperarse totalmente. Eso le pasó a *Amanda*, que sintió que su cesárea fue totalmente innecesaria:

El obstetra de mi primera hija, como que siempre esgrimía el gran argumento de «mis bebés no tienen la cabeza deformada, no los hago nacer con fórceps y con nada y porque... haré más cesáreas, pero nacen sanos».

Mickey Mouse, ginecólogo, explica que a veces se hacen cesáreas por motivos completamente peregrinos, lo que entre las activistas por el parto respetado suele denominarse, como hemos visto, «inne-cesáreas»:

Yo he visto casos de mujeres completamente frustradas porque no se les ha dejado parir, y ellas en el fondo lo saben, lo que pasa es que no han querido contradecir al médico, pero cuando ves que te hacen la cesárea por «riesgo de parto vaginal nocturno», pues esa mujer se frustra bastante, no sólo las molestias asociadas a la cesárea, sino que está muy frustrada, y eso yo creo que se lo transmitirá de alguna manera también al bebé...

Kalí también cuenta cómo le hicieron una cesárea, y no puede evitar llorar al recordarla:

La ginecóloga era como muy dеспota y muy «halaaaa» como «no, no, no, te tenemos que hacer ya la cesárea porque ya no dilatas y tal» y yo estaba... te lo puedes imaginar... que me quitaron las gafas, y no veía nada, me quitaron las gafas y yo estaba tumbada y yo decía «quiero ver, lo quiero ver» y me decían «no te levantes, no te levantes» y yo «pero es que quiero verlo», y me rajaron, me dolió mucho y me durmieron, y no lo vi hasta tres días después, ay, me entran ganas de llorar y todo cuando lo recuerdo (se pone a llorar)... lo siento...

La cicatriz de la cesárea se le abrió, por lo que la madre de *Kalí* quiso bajar a poner una reclamación:

Como yo no había ido al baño en un mes y medio, entonces yo me fui a sentar y se explotó, la cesárea se... se abrió la tripa, y me empezó a salir hebras, ¿sabes? Pero incluso se metían con mi madre, y detrás mía decían «tu madre está enfadada con el mundo, ¿verdad?». Al final no seguimos adelante, cuando salí del hospital era como «no quiero volver a saber nada del hospital».

Sayenas relata lo dura que es la experiencia de una cesárea:

Al final no te esperas un parto en un quirófano, en que estás sola... no puedes tener en seguida a tu bebé, te lo enseñan rápido, pero no es lo mismo, no es el recuerdo de un parto a otro.

De hecho, esa sensación de «soledad en la frialdad de un quirófano» es algo que muy común entre las mujeres a las que se les hace una cesárea.

En la cesárea me sentí súper sola. O sea, me sentí súper sola, sentí como que sólo me podía agarrar a mí misma para afrontarlo. Bueno, de hecho hubo un momento en que pedí que me dieran la mano en la cesárea, porque cuando ya me vi que me iba a hacer efecto, o sea, antes incluso de hacer nada, pero en el momento en que sabía que ya me iba a hacer efecto, que ya tenía la anestesia en el cuerpo, que era mi momento de pánico, pedí que me dieran la mano, y se

quedaron como sorprendidas, además es que se quedaron así como sin saber qué decir.

(*Andrómeda*)

Muy mal, fatal. Yo sé que parte es... yo lo de la cesárea, yo no quería cesárea, yo estaba amargada, y yo ya desde que estaba la niña en podálica me lo estaba oliendo, pero yo no quería, y yo ya iba como predispuesta a que... a estar como estaba, pues mal. Pero es que aparte fue una cosa... yo qué sé, tú te preparas tu embarazo, tú te preparas para recibir a mi hija con su padre, aunque lo pases mal, esto, lo otro, pero está con su padre, y aquello de que te digan «no, p'adentro», tú sola, vamos, sola, en un quirófano, con esa luz cegadora, el frío que hacía, y la pechá de gente que había allí, un montón de gente... cada uno a su bola, cada uno tiene sus cosas, pero cada uno ahí a su bola y «ponte así, ponte así», y yo desde que me senté en la camilla a que me pusieran la anestesia hasta el final estuve incontrolablemente llorando, no podía parar de llorar, lloraba muchísimo, mucho, mucho, mucho. «Chiquilla, ¿por qué lloras? ¡Hay que ver esta mujer!» y todo el rato «¿por qué lloras, por qué lloras?», claro, te tumban boca arriba, sabes que te atan, y te ponen esta cosa aquí (hace el gesto de la tela de separación), y yo supongo que para hacerse los simpáticos, no sé, me dicen «te vamos a poner (en vez de lo que pongan para desinfectar la zona normalmente), hemos recibido esto, un spray, lleva azul, tú no te asustes, que vas a estar como un pitufo», me pusieron el spray en toda la zona abdominal y me dio reacción, tengo alergia a muchas cosas, a los perfumes, al tabaco, a la lejía, a no sé qué... pues empecé muchas veces a estornudar, y a estornudar, lloraba más, se me caían los mocos, y una cosa... Yo lloraba de sentimiento, pero encima me ahogaba... Un spray, tú imagínate, no podía respirar...

(*Claudia*)

Claudia tenía muchas ganas de intentar un parto vaginal, pero no fue posible:

Tardaron desde que me empezaron a inducir hasta que me hicieron la cesárea muy poco, poquísimo, a lo mejor... a ver si puedo hacer memoria... si te digo que... a mí me pareció muy poco... ¿quince minutos? Menos de media hora yo estuve allí. Yo estaba allí tumbada en aquello, estaba muy bien, muy relajadita, con la bañera allí que tienen para dilatar, y me pusieron por vía intravenosa la ésta, y en seguida a los dos minutos empezó a pitir, entró un montón de gente para adentro, se ponen a hacer lo que sea que hagan, a mirar el monitor, a mirar una cosa, a mirar la otra, se volvieron a ir, y a los dos minutos o tres, no más, otra vez empezó todo eso a pitir, a pitir, a pitir, y vinieron corriendo y ya fue quitarme cosas «vamos, vamos, vamos», por eso sé que no fueron más de 20 minutos.

Claudia, de hecho, ya pasó por una primera cesárea y quería un parto vaginal porque su experiencia anterior resultó muy negativa:

Yo tenía muchas ganas de intentar un parto vaginal, muchas muchas muchas, porque a mí la cesárea [anterior] me dejó emocionalmente muy mal, y entonces yo tenía muchas ganas de probarlo... Pues nada, yo creo que... me queda la sensación de que intentaron un parto vaginal porque yo tenía muchas ganas. Pero la niña nació con 1,900 y en seguida, con la primera vez que nos pusieron oxitocina, aquello empezó a pitir y fue cesárea de urgencia, pero bueno, yo tenía muchas ganas de intentarlo, y no pudo ser, pues nada, no pudo ser.

Tanto *Andrómeda* como *Claudia* no comprenden por qué no pudo entrar un acompañante en la cesárea ni por qué tenían que estar solas: en los protocolos de ambos hospitales así se estipulaba. Pocos hospitales todavía tienen protocolos establecidos de cesáreas respetuosas. *Emma* no consiguió el parto de nalgas, pero sí una cesárea con acompañamiento:

Me preguntó si quería estar consciente durante la cesárea o no, o sea, como que sentí que pude tomar las decisiones todo el tiempo. Y nada, entramos a quirófano y había dos ginecólogas que atendieron la cesárea, y luego una matrona que se quedó con nosotros todo el tiempo. Yo estaba tumbada, mi chico se sentó a mi lado, y la matrona estaba con él. Y nada, ninguno de los dos veíamos qué pasaba, y ella todo el tiempo nos lo iba explicando... pero sin meterse, como diciendo «ahora vas a notar que tal» ... yo creo que estuvo guay que ella estuviera, porque a mi chico le dio mucha confianza... y nada, y nació mi hijo.

Marta es ginecóloga y ahora piensa que es positivo que en las cesáreas esté presente el acompañante:

Mira, una cosa que me gustó cuando fui a visitar ese hospital es que el padre entraba incluso dentro de la cesárea, y a la ginecóloga le dije «¿pero cómo dejáis entrar al hombre... y no os pone nerviosa, no sé qué?», me dice «al revés, si nosotros venimos de un hospital como el tuyo, te acostumbras rápido, y es que es mucho mejor, es más, menos denuncia y menos cosas, porque ellos ven lo que tú...» y luego lo pensé, digo, es verdad, ¿por qué tenemos que ocultar? Pero yo le dije «¿Y si se pone nervioso?», porque estamos en una situación de mucha tensión... pero ella dijo «no pasa nada, cuando ellos se ven nerviosos se salen solos», entonces... oye, me convenció la chica, digo «ostras, sería bueno, que abriéramos las puertas y que viera la gente» ... porque si ellos mismos no soportan una situación se van a ir, así que tampoco... porque claro, es que algunas personas no van a entender... incluso hay veces que acabamos todos llenos de sangre, que hay veces en que te da cosa porque dices que no van a entender esto, parece que estamos haciendo una matanza (se ríe), a veces es que sales a informar y dices «ostras, me voy a cambiar porque parece que me he cargado a alguien aquí», imagínate, pues todo el líquido amniótico ahí con sangre, cuando sale la placenta alguna vez te pega el chupinazo y te riega de arriba abajo, ¿sabes? Entonces hay que tener cuidado con eso, porque puede parecer que te has cargado a alguien, entonces claro, eso no todo el mundo está preparado para verlo, pero bueno, también es cierto que ellos mismos reaccionan así, que si no se ven preparados se van o lo que sea... que no te van a entorpecer el trabajo.

También *Emma* pudo realizar la reanimación después de la cesárea junto a su bebé:

Sí, del quirófano me dieron a mi hijo, y de ahí nos llevaron a la sala donde habíamos estado esperando las ocho horas, y estuvimos los tres ahí. Nos llevaron a esa sala, que además estuvo guay porque llevábamos ahí todo el día, como que ya habíamos creado ese espacio, y además super luminoso, o sea, con mucha luz natural, y nada, nos dejaron con el bebé ahí durante como tres o

cuatro horas, vinieron a ver si se enganchaba bien, si necesitaba apoyo con la lactancia... Y a las tres o cuatro horas ya sí nos pasaron a nuestra habitación, o sea, a la habitación donde íbamos a estar ingresados, y allí estuvimos dos días.

Maiai, matrona, explica cómo está intentando implantar una unidad de recuperación tras la cesárea respetuosa con madres y bebés:

Ahora se están recogiendo firmas por una de las matronas de una asociación, que somos siete matronas, de la asociación MAMACI, que hacemos un festival de cine todos los años dedicado a la maternidad y a la crianza, y ella estuvo recogiendo firmas en change.org, y recogió ya 1.800 firmas, para hacer que la unidad de recuperación post-anestésica de las gestantes que paren por cesárea estuviera habilitada para estar con sus bebés.

Andrómeda sospecha que son motivos económicos los que están detrás de que se no se habilite la recuperación post-cesárea de madre y bebé juntos:

Nos explicó en la visita que además estaban luchando para implementarlo, pues porque después de una cesárea, como es una operación, tienes que ir a una reanimación hasta que expulsas la anestesia y porque son las dos primeras horas después de coser, o sea, yo eso lo entiendo, tienes que estar monitorizada y tienes que estar vigilada por seguridad. ¿Qué pasa? Que te mandan a una reanimación donde están todos los operados y los de accidente de todo el hospital, con lo cual ahí no pueden meter a un bebé, eso también lo entiendo. ¿Qué pasa? Que lo que tienen que hacer es una unidad de reanimación sólo para cesáreas, así de fácil. Y eso es lo que no hacen, ¿por qué? Por dinero, así de claro.

Una cesárea es una operación importante. Las mujeres corren un riesgo de 5-7 veces mayor con una cesárea que en un parto vaginal (CIMS, 2010). Tiene un gran número de complicaciones: lesión de vejiga, de útero o de vasos sanguíneos, hemorragias, coágulos, infecciones, parálisis intestinal, dolor en la cicatrización, dolor pélvico, dolor en las relaciones sexuales, problemas intestinales... Además aumenta el riesgo de infertilidad posterior, de abortos espontáneos posteriores, de embarazos ectópicos, de problemas con la placenta y de ruptura uterina. Las madres tienen peor autoestima, sensación de haber fallado, y aumentan sus probabilidades de desarrollar depresión postparto y de no desarrollar un vínculo con el bebé desde el primer momento, bajando las tasas de lactancia materna exitosa. En cuanto a los bebés, pueden ser extraídos prematuramente, los valores Apgar son más bajos de media, pueden ser lesionados por el bisturí, presentan más problemas respiratorios y son cinco veces más frecuentemente ingresados en la UCI que los bebés nacidos vaginalmente. Por supuesto, con las cesáreas de repetición los riesgos aumentan, siendo la recuperación cada vez más complicada, y

acarrea dos veces más riesgo de muerte materna en comparación con un parto vaginal (*Ibid.*, 2010).

La recuperación de la cesárea puede ser muy dura, como cuenta *Andrómeda*:

Tampoco tenía ni idea de lo que era una cesárea, si lo hubiera sabido, me hubiera al menos informado de las alternativas. No me imaginé que pudiera ser tan duro: tener la mayor parte del cuerpo muerto; que la niña venga al mundo en un lugar tan frío como un quirófano; la rapidez del nacimiento, que debe ser traumático para el bebé, en pocos segundos pasa de estar en el vientre materno a estar en el exterior en manos desconocidas (según la sacaron se pusieron a hacer no sé qué con ella, yo la oía llorar, sin verla); y lo peor de todo, me la pusieron encima unos segundos y después se la llevaron, en la reanimación no podía haber bebés y no tienen un lugar para postoperatorio específico de cesáreas. [...] Aparte de esto, las dos semanas de postoperatorio fueron horribles, tampoco me lo esperaba y nadie en el hospital me explicó nada ni me preparó para ello. Estaba físicamente muy afectada, hecha polvo, tanto que pensaba que no podía ser normal. Y además sentía mucho rechazo hacia la cicatriz, sobre todo a nivel de útero, me costó mucho asumir que tenía el útero rajado.

Amanda se sintió humillada en la recuperación tras la cesárea:

[El ginecólogo] quería ver la cicatriz. También aplaudió la cesárea poniendo énfasis en la importancia de que la bebé estuviera sana. Miró los puntos y dijo «mira qué gracia, la herida parece una sonrisa». Sentí vergüenza.

Cuando el bebé pasa por el canal de parto, arrastra las bacterias vaginales de su madre, lo que es beneficioso desde el punto de vista de su sistema inmune. Sin embargo, cuando se realiza una cesárea no tiene esta primera transmisión. Por lo tanto, una cesárea sólo debe realizarse cuando los beneficios superan a los riesgos.

Smiling Caballero, ginecólogo, explica que:

El índice de cesáreas ni se baja haciendo Kristeller ni se baja aguantando partos dudosos. El índice de cesáreas, ¿cómo sí se baja? Pues el índice de cesáreas se baja cuidando más las condiciones emocionales, cuidando más las condiciones posturales, cuidando más el que la mujer se sienta empoderada, cuidando más no considerar que está de parto cuando todavía no lo está, es decir, al principio del parto o antes del parto es cuando se baja el índice de cesáreas.

Lola está segura de que si ella se libró de una cesárea fue precisamente porque luchó y acudió al parto con muchos conocimientos:

Pero si yo me planto allí sin todo lo que sabía, afortunadamente... hacen conmigo lo que quieren, o sea, es una cesárea. Pero cesárea porque a las nueve ya me dijo que era cesárea y a la una ya me había dicho que no había dilatado nada y que para qué esperar. Me hubiera llevado una cesárea. Sin yo quererlo,

sin yo planearlo, sin yo pensarlo y sin que fuera necesaria, y eso lo tengo clarísimo.

Sayenas también tuvo que luchar muchísimo para conseguir un parto vaginal:

A cada ginecólogo que iba yo tenía que luchar por tener un parto vaginal, todos querían cesárea, «el segundo será cesárea», ¡nooo, yo quiero intentar un parto vaginal, lo voy a intentar! Y hasta el mismo día en el paritorio me lo preguntaban, digo... «pero, ¿otra vez?», esto es algo que me parece increíble a día de hoy, o sea, se está viendo que una mujer con una cesárea, y hasta dos, y tres cesáreas previas, puede parir después vaginalmente, ¿por qué esa presión? Es algo que yo tenía que discutir con todos los ginecólogos que me tocaban, porque el mío estaba de vacaciones y me tocaron como dos o tres más, y la primera pregunta es ésa, «será cesárea, ¿no?», y como una mujer no esté bien informada y no tenga claro lo que quiera hacer, le hacen cesárea y si pueden hasta programada, eso me parece de vergüenza. ¡Ahí están las estadísticas de las cesáreas en privadas respecto a las públicas! Machacan mucho a la mujer en ese aspecto.

Así, cesáreas electivas aparte, al ver que el parto «no progresá adecuadamente» la cesárea será el final casi seguro, cuando en la mayoría de ocasiones es la propia cascada de intervenciones la que producirá que esa progresión no sea la adecuada. También, si asisten estudiantes al parto, pueden llevarse a cabo «cesáreas didácticas», para que éstos aprendan cómo se realizan. En cualquier caso, según la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, intentar disminuir la tasa de cesáreas actual resulta un auténtico reto, máxime después de observar cómo no sólo no baja sino que se mantiene estable e incluso tiende a subir (OSM, 2012: 35).

5.2.2.9. Exceso de personal y falta de intimidad

Según la *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención en el Parto Normal*, es necesario...

Obtener el consentimiento verbal de la mujer antes de realizar cualquier procedimiento o examen, y explicar y solicitar su permiso si le proponemos una exploración con fines docentes o ésta va a ser repetida por profesionales en formación. Solicitar permiso para la permanencia durante el parto de personal en formación.

(Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal, 2010: 275)

Sin embargo, muchas mujeres relatan que en sus paritorios existía un **exceso de personal**, estudiantes incluidos, cuya presencia no fue avisada ni se solicitó consentimiento alguno por parte de las parturientas.

Había mucho personal en el paritorio, porque había ginecóloga, dos o tres estudiantes, otras dos matronas y una enfermera, había muchísima gente ahí, yo decía «aquí ya, voy a vender entradas».

(Alexia)

Había por lo menos creo que un hombre y una mujer que tenían experiencia y estuvieron presentes en el expulsivo, y además entraron pues yo no sé si tres o cuatro personas más, porque como era un parto de nalgas, para que lo vieran y demás, para aprender.

(Ángela)

Había ahí más gente que en el camarote de los hermanos Marx, y sí recuerdo más gente, pero no sé, digo yo que serían estudiantes pero no lo sé, no lo sé, no recuerdo ni cuántos, ni de qué manera, no lo sé. No se me pidió permiso para que estuvieran los estudiantes presentes, sí que quienes intervinieron por decir así, quienes me hicieron un tacto o la chica que me cosió el desgarro y tal sí que se me presentaron y tal, y fueron agradables y bien... más allá, no, en ningún momento se me pidió permiso, no.

(Candela)

Vinieron dos ginecólogos, porque hubo un cambio de guardia, pero es que además creo que había gente como en prácticas... ¡Ahí había mucha gente! Había un cambio de guardia, y había estudiantes. Estaba la matrona, estaba la auxiliar, había estudiantes...

(Cumbia)

Hay una sensación generalizada de que el **personal no se presenta**, con lo que las mujeres que están dando a luz no saben quién es quién, qué hacen ahí, ni si deberían estar ahí siquiera, como comenta *Happymoon*:

¿Sabes lo que pasa? Que nadie te dice quién es, o sea, hay una y dices «a ver, ¿tú eres la de la limpieza o...?», porque como encima van todas iguales... La ginecóloga sí que sabía quién era, porque resultó que era la misma que la del seguro privado, que coincidió casualmente, entonces sí sabía que ella era la ginecóloga. Había un montón de gente, un montonazo; primero, cuando estaba dilatando, venían dos o tres, la ginecóloga sólo vino un momento y luego vinieron las otras, y luego en el parto es que entró hasta el apuntador, había muchísima gente, igual había sin exagerarte once o doce personas, ¿eh? Yo creo que como era un parto de mellizos y era vaginal, que igual tampoco es común porque normalmente lo hacen más cesárea o lo que sea, había ahí mucha, mucha gente, todos animando «empuja, empuja» (se ríe). ¡Es más! Había gente hasta por la ventana del quirófano, esas ventanas redonditas, asomada ahí.

Besly me explicó que el que haya personal en formación muchas veces tendrá como consecuencia que los procedimientos se realizarán dos veces, para que éstos aprendan:

Claro, es que si me hace un tacto, es por algo, y a lo mejor es que me lo ha hecho dos veces porque no estaban seguros. No, te lo han hecho dos veces porque a lo mejor el de al lado era de prácticas. Y a lo mejor te han metido unos fórceps no para sacar al niño, sino porque el de prácticas tenía que practicar.

Esto lo confirma *El Cid*, ginecólogo:

En el parto instrumental las excepciones son los «fórceps o ventosas docentes» en hospitales universitarios o con capacidad docente para formar especialistas.

Alexia tuvo que pasar por muchos tactos. A *Alexia* los estudiantes le atendieron sin mediar palabra, sin solicitar su consentimiento y sin presentarse:

A mí no me parece necesario que vengan cada hora dos o tres estudiantes a hacerte un tacto cuando hay una evolución médica.

[...]Aparecieron en la habitación. Yo me los encontré ya con las manos en la masa. Normalmente iban dos, en cada turno, digamos, iban dos. Al estar tantas horas, me parece que de estudiantes hubo dos turnos diferentes, pero sí que hubo primero dos y después otros dos.

Txu tuvo una pésima experiencia con una estudiante:

El útero se me incrustó al pesario, entonces hubo bastantes complicaciones para sacarlo, es que me pasó de todo, y pretendieron que una chica de... no sé, de esta gente que es que encima la ves, de es parada, y es muy parada, que me lo quitase. Y me negué, me negué, me dijeron que lo tenía, que tenía que hacerlo, que entendiese que tenía que aprender, y al segundo de meterme la mano y de hacerme uno de los dolores de mi vida, es que la arranqué la mano y le dije «no me toques más, practica con quien te dé la gana pero yo llevo un mes aquí puteada y no me vais a putear más innecesariamente».

El parto es un momento que debería ser íntimo y tranquilo, con el menor número de personas presentes, como sucede en las hembras mamíferas de todas las especies. Sólo con la intimidad adecuada el parto progresará de manera fluida y equilibrada. La adrenalina es lo contrario a la oxitocina, y si una mujer siente miedo durante el parto, éste se parará. Los partos masificados, donde entra y sale el personal sin respeto alguno por la intimidad de las mujeres no sólo pueden parar su dinámica, sino que además esto conllevará que las parturientas se sientan inseguras y estresadas tanto física como psíquicamente. En muchos hospitales, la presencia de estudiantes de prácticas sólo añade más ruido a los partos que, no lo olvidemos, son acontecimientos sexuales y, como tales, resultan fácilmente perturbables.

5.2.2.10. Cascada de intervenciones

Las cascadas de intervenciones medicalizan innecesariamente los partos normales, y se dan cuando, dentro de los protocolos hospitalarios, las intervenciones médicas se van sucediendo inevitablemente, y a más intervenciones, otras más serán necesarias. Según la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, en España, la atención sanitaria del parto

comparada con la de otros países europeos se puede situar en un modelo **intervencionista institucionalizado**, atendido por profesionales de medicina y de enfermería especializados (OSM, 2012: 24).

La matrona *Covicheira* pone un ejemplo de cascada de intervenciones:

Con el aumento de las inducciones, de intentar poner de parto a mujeres que todavía no lo están, pues también aumenta el riesgo de cesárea, y con el número de cesáreas aumenta en muchas ocasiones la separación entre mamá y bebé, la recuperación de la mujer que es peor, y más dificultades en el inicio de la lactancia materna, entonces... bueno... de hecho es un hecho privado que las estadísticas de cesáreas en la sanidad privada son mayores que en la pública.

Esta misma matrona cuenta el caso de un parto que estaba progresando adecuadamente y que, a causa de las intervenciones innecesarias, no terminó como se esperaba:

Llegó una mujer en dilatación completa, es decir, había dilatado totalmente, lo había llevado genial todo el tiempo, de hecho, no había venido antes porque no tenía dolor, llegó en dilatación completa, la pasamos a paritorio directamente. Bueno, pues... de un proceso totalmente normal, que había llegado con toda normalidad hasta el final... bueno, pues debido al personal que asistía y demás, a la mujer se le tumbó, se le puso en litotomía, que esta posición clásica que se utiliza con el potro obstétrico... finalmente al ponerla así en esa postura el feto empecé a hacer una bradicardia, ¿no?, es frecuente que ocurra esto en esta postura, y ahí, en la etapa del expulsivo al final hubo que hacerle una episiotomía a la mujer, un corte, y cuando nació pues hubo que hacer pues un poco de separación, porque al niño lo tuvo que ver el pediatra porque nació un poco estresado, entonces yo me acuerdo que me quedé como de shock, diciendo «¿cómo puede ser este parto que iba absolutamente normal, con una evolución buenísima, sin dolor, cómo puede ser que haya llegado a punto de los profesionales... y nos lo hayamos cargado?», con nuestras intervenciones hemos entrado en una pescadilla de intervención, ¿no?, acostarla, hace que la bradicardia, la bradicardia hace que la episiotomía, la episiotomía y la bradicardia hacen que avisemos al pediatra y que haya una separación... Entonces yo creo que... que, bueno, que tenemos que ver mucho más nuestras intervenciones y lo que puede generar.

Luna también es matrona y opina que en España hay un exceso de intervenciones en los partos:

Sí, los partos en España son muy intervenidos, y más en comparación con Inglaterra por ejemplo, donde yo me formé y trabajé. Prácticamente se hacen el doble de cesáreas de las que recomienda la OMS, es decir, la mitad de cesáreas en España son innecesarias, se hace alrededor de un 40 % de episiotomías en los hospitales públicos cuando no deberían superar el 15 %... Hay muchas más inducciones de las que estarían recomendadas, muchas más roturas de bolsa artificial... bueno, en general pues es muy triste, pero sí, en España seguimos sobreinterviniendo el embarazo y el parto de una forma

preocupante. De hecho, como ya te comenté, las recomendaciones de la OMS del 86, aún a día de hoy, pues en España no se llevan a cabo muchas de ellas.

Maiai, matrona, está preocupada de haber podido participar personalmente en esta cascada de intervenciones sin haber sido consciente:

Yo digo «bueno, si esto tiene también implicación en la lactancia materna, a lo mejor estoy interviniendo yo también en una cosa tan pequeña y que se puede fastidiar y no soy consciente, porque a lo mejor no lo he estudiado», pero bueno, de ahí, a lo mejor hay un montón de cosas que se hacen que... (cara de resignación) ... que luego se dice «y por eso a lo mejor no pude tener yo un parto como quería y una lactancia como yo quería» ... no sé.

El matrón *Al* cree que deberían actualizarse todos los profesionales correctamente hacia la evidencia científica, cambiando el modelo mental que hay sobre el parto:

Creo que deberían actualizarse, creo que debería enfocarse más hacia una evidencia científica, por ejemplo en el tema de las episiotomías, los Kristeller, que no hay que hacerlos, y es que no tienen tampoco respaldo, la amniorrexis... muchas cosas. Hay que actuar en base a una evidencia científica y aparte hay que cambiar el concepto, hay que cambiar la mentalidad, hay que cambiar el modelo mental que hay sobre el parto.

Marta, ginecóloga, habla también de esta visión que hay aún del parto en la sociedad, y de cómo implica que la cascada de intervenciones esté invisibilizada. Además, reflexiona sobre cómo el exceso de intervención es muchas veces lo peor que puede suceder en un parto:

Lo que pasa es que muchas cosas chungas que suceden pues la gente sigue sin asociarlas a que las prácticas no son muchas veces las más adecuadas. [...] Ese Kristeller y ese parto instrumental a lo mejor no lo hubiéramos hecho si ese parto no lo hubiéramos inducido, no lo hubiéramos... es que está todo mal hecho desde la raíz...

[...] El niño ya hay que sacarlo, ya está empezando a quejarse, entonces hago las espártulas y ya está, entonces, pum, niño salvado, madre salvada, todo perfecto, pero luego me ponía a pensar yo «pero vamos a ver, si a esta mujer no la hubiéramos inducido, si hubiera estado ella tranquila, sabiendo lo que es esto, tomándolo como... que estuviera bien acompañada...» a lo mejor no hubiera necesitado siquiera ponerse la epidural, la epidural como la ponen en mi hospital es que te bloquea totalmente, no puedes ni andar... pues se estancan más, ¿no? A lo mejor esa mujer si hubiera estado andando, cambiando de postura, tranquila, con un enfoque humanizado, pues a lo mejor no hubiera necesitado esas espártulas, o sea, la mujer se va pensando que le ha salvado la vida, dándome las gracias, y yo por dentro estoy pensando «si lo que te hemos hecho es una putada».

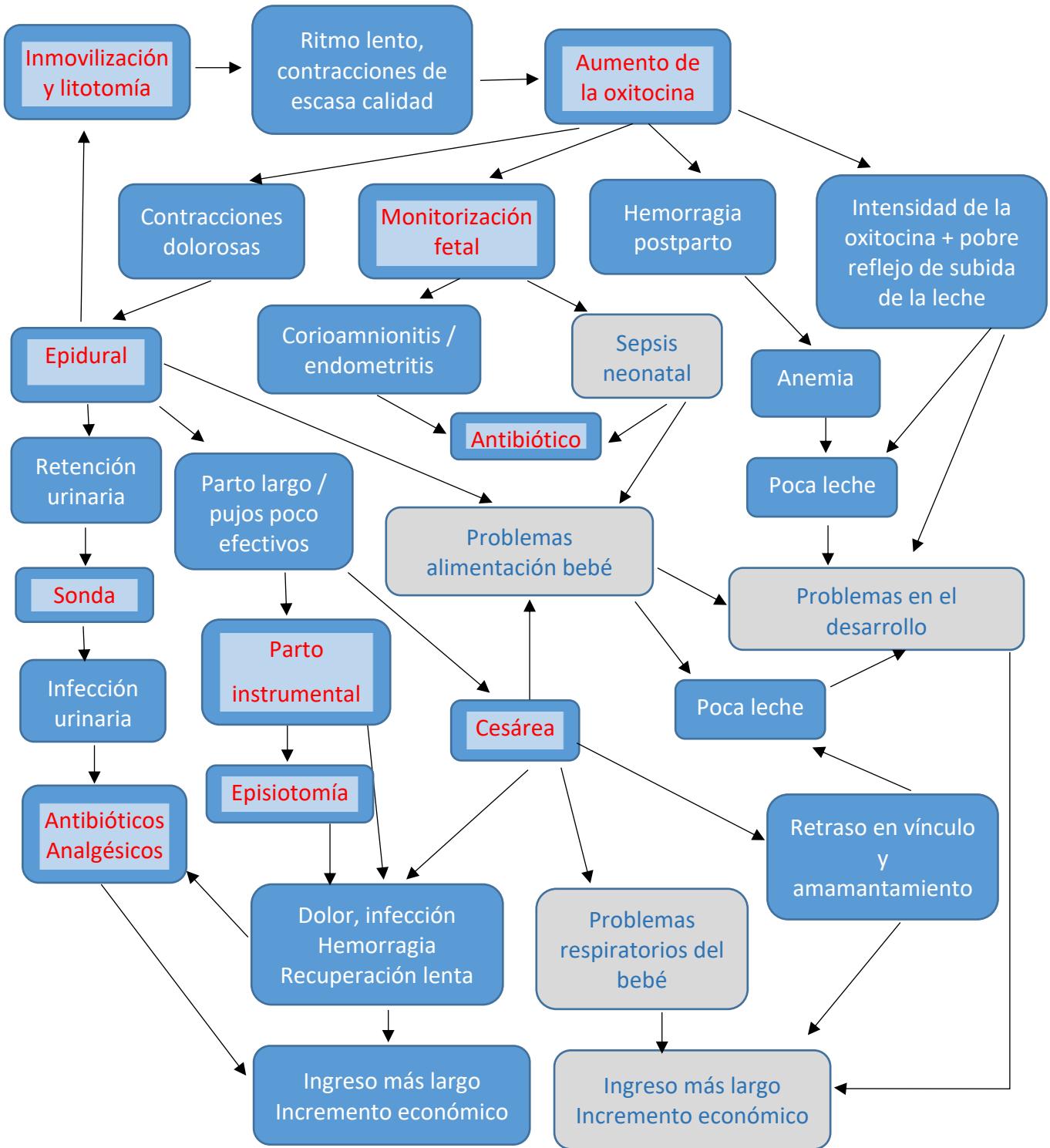


Figura 5.6. Representación de la cascada de intervenciones en el parto (adaptación de Jansen et al., 2013: 91).

Si la evidencia científica apunta a otro lado, ¿por qué en la mayoría de hospitales se sigue realizando un exceso de intervenciones? ¿Por qué existe esta contradicción? Usar las intervenciones rutinariamente, sin ninguna indicación real, puede transformar el proceso fisiológico del parto en un **procedimiento médico e incluso quirúrgico**: cada intervención tiene el riesgo de conllevar otros procedimientos inadecuados y sus riesgos adicionales que conllevarán a su vez la necesidad de más intervenciones y sus riesgos (Jansen *et al.*, 2013: 83). Amanda lo califica de «esquizoide»:

Mientras me intentaba informar, todas las recomendaciones de los organismos internacionales apuntaban en otra dirección, con lo cual esta sensación a veces de que estás un poco loca buscando otro camino porque el oficial va por el otro y se basa en su experiencia y tal... fue un poco... es un poco esquizoide, ¿sabés?

Por lo tanto, hemos visto cómo las intervenciones —casi siempre protocolarias— destinadas a tomar el control del cuerpo de las mujeres y de sus procesos de parto finalmente sólo consiguen desposeerlas de sus propias sensaciones, de su papel activo, sobrevalorando en exceso los supuestos riesgos, y paradójicamente produciendo otros tantos, ya que cuantas más intervenciones se realicen, tantas más serán necesarias. El círculo vicioso es imparable.

Estamos, pues, ante una espiral que se autoalimenta, ante una hélice conceptual por la que la biopolítica —la obsesión del Estado por controlar los «cuerpos gestantes»— encuentra su estatus de posibilidad en la delegación del poder en las ciencias clínicas, que ejercen su control, y autoridad, a través de la medicalización sistemática de los partos normales. Injerencias que son justificadas, a su vez, por discursos como el del riesgo y el dolor que, al acrecentar las inseguridades maternas, hacen maleables las voluntades. Se cierra, así, un círculo vicioso que legitima la eugenesia estatal sobre la reproducción, realidad que será negada, como tal, mientras los expertos la avalen (Hernández Garre y Echevarría Pérez, 2014: 338).

5.2.3. Emociones en el parto

5.2.3.1. El parto como batalla

Muchas mujeres han expresado la sensación de batalla que vivieron en el embarazo y el parto. Algunas con la totalidad del personal sanitario, otras con parte de dicho personal, que a su vez «batallaba» con otros profesionales. Hay por parte de estas mujeres la sensación de vivir el parto con un gran cansancio y sin poder disfrutarlo por pasar todo el tiempo en una continua negociación, por tener que luchar por todo. A. Gestileschi me contó que le parece muy duro tener que estar negociando en tu propio parto. Y Amanda:

Pero claro, en esa situación, incluso sabiendo lo que yo quería, a mí no me gusta estar peleando, no quiero entrar en una discusión, y al final no estamos hablando en términos abstractos sobre un tema, estamos hablando sobre lo que yo hago, me estás poniendo en tela de juicio lo que yo decido hacer con mi hijo, esto fue un poco también otra vez atropellado.

Así, se sienten en una «lucha constante», como me explicaba *Lola*:

Entra a las nueve de la mañana y ya me dice «bueno, yo te voy a poner la oxitocina para ver si dilatas, pero está muy claro que esto va a ser una cesárea», es como «son las nueve de la mañana y no llevo ni diez minutos con la oxitocina, pero dame tiempo, ¿no?», «no, te voy a romper la bolsa». Entonces tuvimos muchas agarradas, porque yo recuerdo mi parto como una lucha constante en este sentido. «Te voy a romper la bolsa». «A ver, hace diez minutos que me has puesto eso». «¿Tú qué sabrás?» «Bueno, pero yo me he informado. ¿Me puedo negar?». «Bueno, sí, pero bajo tu responsabilidad». «Vale, sí, que sí», pim-pam, pim-pam, o sea, dilatar así es super complicado, y además estábamos enfrente de la sala de comadronas, y era 18 de diciembre, con lo cual era pre-vacaciones para todo el mundo, se liaban unas juergas... [...] Te da rabia, pero porque parece un triunfo suyo, como si fuera una guerra, como de «bueno, va pues pido la epidural» y es como «¿veees, veees? Te lo dije», una cosa muy infantil, y además yo lo dije desde el minuto uno, que «yo pariré natural si puedo», no soy ninguna Juana de Arco, no hay ninguna necesidad, y en el momento en el que me medicalizáis un parto, mi cuerpo deja de ser mío

Otras mujeres, después de una primera experiencia de parto más negativa, deciden pelear más en el segundo parto, porque quizás sienten que en el primero no estaban lo suficientemente empoderadas para dejar bien claro lo que querían. *Kalí* dice que iba con el hacha todo el rato:

Ahora me doy cuenta de que no es normal cómo me trajeron, porque me hicieron muchísimos tactos en el último trimestre y me hicieron la maniobra de Hamilton, que ahora sé cómo se llama, pero claro, en aquella época era «te voy a ayudar un poco para que te pongas de parto», entonces yo no sabía muy bien cómo era eso, pero me hizo muchísimo daño, incluso me culpo yo porque pienso que yo me tendría que haber informado un poco más. En el segundo embarazo, me preparé y no dejé que me hicieran nada, iba con el hacha todo el día y yo no dejé que me hicieran nada.

Júlia intentó un parto en casa que finalmente acabó en el hospital, donde no fue bien recibida:

Fue más como rabia, recuerdo como rabia, de ponerme allí... hubo un momento en que estuve medio gritando con una que no sé quién era que me echaba la bronca porque no había puesto el antibiótico, y le decía... pero todo esto como muy hostil ella, y yo también, en este momento, y decía que yo iba a parir en casa y en casa no me iba a poner el antibiótico y asumía el riesgo, como a gritos.

Fue porque di positivo en el estreptococo, y claro, en su protocolo tenía que ponerme el antibiótico, y como no llevaba antibiótico, pues...

A *Clara*, que parió en casa, le enseñaron cómo negociar con el hospital:

Pero cuando empecé a llegar cerca de la fecha de parto, con la inducción y todo esto, hemos hablado las matronas del parto en casa, mi pareja y yo, ellas han dicho «vamos a hacer un plan a ver todos los pasos que podemos hacer antes de que lleguemos al extremo de la inducción», y nos han enseñado a negociar cosas con el hospital.

Kokoritza tuvo que discutir muchísimo porque, al tener VIH, su embarazo era llevado por dos equipos diferentes y no estaban de acuerdo entre sí sobre cuál era la manera idónea de parir. Al final se impuso el equipo de VIH y tuvo que ser una cesárea.

Sí que ahí tuve discusión con ellos porque los dos equipos no estaban de acuerdo, digamos, o sea, para tocología no había ningún problema, estaba todo controlado, el virus era indetectable, el riesgo de transmisión para ellos era pequeño, o sea, pues eso, sólo es un problema si ocurre algo mal, pero en principio, por cómo estaban las cosas, no había ningún problema, y el equipo de VIH ahí se puso firme, en el modo conservador, y era como «no, no, VIH es cesárea», y yo insistía en que también había unos riesgos ahí con la cesárea, que si iba a haber un contagio iba a haber un contagio igual por vía vaginal que con cesárea, y... pues porque yo qué sé, puedes cortar y puedes cortar al bebé, o sea, que hay factores de riesgo que la sangre se tocan, o sea, que eso puede ocurrir en cesárea y puede ocurrir en vía vaginal, hubo discusión, hubo debate, hubo de todo y al final... pues eso... ganaron, qué se le va a hacer, esto es así (se ríe).

También **se ponen en tela de juicio los planes de parto**, que tienen que seguir negociando a lo largo del propio parto, como le pasó a *Anabel*:

Yo llevé un plan de parto, y me encargué de llevarlo, de hacerlo llegar al registro del hospital, con tiempo suficiente, con antelación suficiente. Y cuando empezó el parto, cuando yo estaba ingresada y empezó el parto, yo avisé de que tenía un plan de parto. Lo buscaron y hablamos del plan de parto, pero yo ya estaba con dolores y negociamos qué podía ser y qué no. Y sí, en el sentido de que hay cosas que sí, por ejemplo no hubo episiotomía, eso es importante, que en ningún momento mencionaron nada de episiotomía, pero sí que... no sé qué más partes del plan de parto respetaron, porque realmente, pensándolo bien en cierto modo me llevé el pack; el piel con piel, que es algo que es muy importante para mí, no lo tuve.

Sayenas tuvo que luchar en el postparto también:

Otra vez que tuve que estar peleando con eso, y hubo un momento en que dije «me parece increíble lo que estáis diciendo, yo entiendo que un bebé necesita que cuanto más tiempo esté en la lámpara mejor», entonces parece que cada vez que yo sacaba a mi hija para darle el pecho yo estaba haciendo mal porque mi niña necesitaba la lámpara, «ya, pero la niña necesita más la teta de su

madre», y me dijeron, que yo no sé si es cierto, que cuando un niño toma leche de biberón, leche artificial, pasa antes la ictericia que un niño que toma el pecho, a la hora de cómo su cuerpo expulsa... y yo dije que le daba igual, que mi hija iba a tomar el pecho, entonces es algo que también dije que me parece que tienes que estar peleando por darle lo mejor a tu hijo.

Otras veces existe una **batalla latente entre el propio personal hospitalario**, que tiene distintos criterios sobre cómo ha de ser el parto. A *Mathil* le atendieron dos matronas, pero eran totalmente distintas entre sí:

Ella sin decirme nada pues lo intentó, pero tenía una compañera, porque iban dos, y la otra era todo lo contrario, o sea, era como la noche y el día, la otra era «hay un protocolo, hay que hacerlo así, y es así», y esta mujer no la dejó, o sea, me respetó, me acuerdo que lo primero que me dijo... querían rasurarme, yo le dije que yo llevaba todo ya preparado, y luego me quería poner el enema la otra, y yo le dije que ya había ido al baño, que no quería ponerme el enema, y me dijo ella «no te preocupes que no te lo vamos a poner», y posteriormente, en uno de los pujos, yo sin darme cuenta pues me hice caca, no te puedes ni imaginar la cara de mosqueo que se le puso a la otra y cómo la miró como diciendo «¿ves?» por no ponerme el enema... Pues ella cogió, con una delicadeza que no te puedes imaginar, que en esos momentos tú necesitas una persona así, me dijo «tú no te preocupes, que yo ahora te limpio», y me limpió con una delicadeza, sin una mala cara ni nada, o sea, como cuidándote, cogió, me limpió y no dijo nada.

Sin embargo, *Besly* tuvo un matrón muy respetuoso, que actualmente ha perdido su trabajo por permitir a las mujeres parir fisiológicamente:

A ese matrón le han quitado por hacer caso a los padres. Y te aseguro que vamos, o sea, yo no tengo queja con la anterior matrona, pero con éste... o sea, vamos, espectacular cómo me trató, cómo trató a mi marido, todo. El ofrecerme alternativas, luego él me pidió disculpas porque... joder... «es que no tengo medios, si no hubieras parido en cuclillas, porque no tengo silla de partos» y tal, «y en cuclillas aquí, sola y nada, y puede ser un marrón que te cagas», pero se buscó un marrón por no haberme llevado al paritorio, estoy segura, segurísima. Y es que dijo «¿para qué voy a perder tiempo, si puede parir aquí?». Yo creo que sí, que problemas ha tenido.

Dentro de estas «batallas» dentro de los profesionales, hay por parte de las madres cierta sensación de que algunos profesionales **se burlan de sus propios compañeros** cuando éstos son partidarios de partos más naturales. *Claudia* expone que:

La matrona era una cosa extraordinaria. Una mujer, vamos, yo no la he vuelto a ver ni creo que la pueda volver a ver nunca más pero no me olvidaré de esa mujer. Un cariño, un respeto, una forma de hablar... te miraba a la cara, que no sé cuántos... Y yo empecé con las mismas de la otra vez y ella estaba «tú no te preocupes», yo le decía llorando «es que ya sé lo que me espera, me vais a hacer...», «tú no te preocupes de eso ahora, tú confía en mí», no sé cuántos. Lo mismo, sale la niña, y la coge la matrona y dijeron, fíjate lo que dijeron, no sé

quién, una enfermera, un médico, porque no tengo muy claro quién fue, dijo «ya está ésta con sus tonterías». Sus tonterías, ¿sabes lo que era? Hacerme el piel con piel con mi niña a mí, me la repegó aquí (se señala bajo el cuello), lo que podía, ¿eh? Que yo no la podía abrazar, yo estaba amarrada. Aquí me pegó a la niña y con la llorera que yo tenía... toda mi cosa era olerla, pero no podía oler tampoco. Y nada, aquí la tuve un montón de tiempo, que me supo a gloria, no sé cuántas veces le dije gracias a esa mujer... ay, me da emoción... (empieza a llorar). Fue súper importante para mí, a mí que me enseñaran a la niña así como un muñequito y «ay, ay, qué bonita es tu niña, pero no llores más, que la niña está muy bien», yo no lloro porque la niña no esté bien, ya sé que está bien, yo lloro porque esto es duro y bueno, en fin...

También se dan, entre los profesionales, las burlas hacia las madres que quieren optar por un parto natural. *Lola* cuenta que:

Yo le pregunté, como yo trabajo en lo que trabajo: «bueno, ¿hay algún tipo de acompañamiento a la maternidad? Como están los cursos de preparto...» y me respondió «¿pero no serás de ésas que quieren las tonterías del parto natural?» Cosas de ésas, no recuerdo, porque las vas borrando estas cosas, sólo recuerdo que salimos de allí y pedí cambio de comadrona inmediatamente, yo no quería que esa señora me vea nunca más.

De hecho, como a *Lola* le pusieron oxitocina, decidió pedir la epidural, porque aguantar el dolor de la oxitocina sintética sin epidural es algo muy duro:

Por la mañana me dijeron «bueno, tenemos que ponerte oxitocina, porque esto ya no puede ser», y yo dije «si me ponéis oxitocina, me ponéis epidural, a mí lo que no me hacéis es ir en contra de mi cuerpo y pedir que aguante el dolor», entonces es como «¿pero tú no querías parto natural?», «sí, pero te estoy explicando que si el parto no es natural entonces no quiero sufrir porque sí», entonces ya como que el triunfo es suyo porque vas a pedir epidural, es como de «¿veees?».

Así que refiere cómo era estar aguantando una burla continuada:

Entonces era como «no te estás moviendo porque noquieres», «no, no me muevo porque me clavo las vías», «ah, pero tú querías un parto natural, ¿no querías pasar dolor?», en fin, es igual. Son este tipo de bucles en plan «¿en serio, tengo que estar discutiendo ahora este tipo de cosas?».

Matrona Empoderada admite que:

Siguen haciéndose comentarios despectivos, sobre todo por parte del personal médico, cuando las mujeres o no quieren la epidural o traen un plan de parto, o se niegan a que les hagan alguna intervención, o un Hamilton, o lo que sea.

Además de las burlas, hay madres que hablan también de **falta de empatía** por parte del personal sanitario:

Y el matrón fue como el que te dice «¡venga, que ya está aquí!», y para él «ya está aquí» fue «que te queda una hora», claro, si yo le hubiera estado

machacando un dedo con martillo y le digo «venga, ánimo, que te queda una hora» le hubiera parecido muy larga (se ríe), ahí fue la diferencia de concepto, para él una hora fue el modo conceptual de decirme que «te queda poco», y para mí fue el modo de decirme que me queda un montón, entonces es como una persona en situaciones distintas... ahí lo que había es poco empatía, no sé si porque es un hombre (se ríe), porque no ha dado a luz nunca, o por qué, pero una hora con contracciones es muy larga.

(Mrg78)

Le empiezo a decir a la matrona «perdona, yo me estoy haciendo caca», tal, «pues ya no te puedes mover» (voz chillona y borde), y yo «haz el favor», no sé qué, a ver si va a ser de los nervios y ha agarrado con la barriga, «pos si quieres te ponemos una cuña, pero de ahí no te mueves» (otra vez imitando esa voz), y yo pensando «tengo a diez tíos alrededor, me está tapando una cortina, no me voy a poner a hacer caca aquí en medio», imagínate la escena.

(Maremota)

Una sensación comúnmente descrita dentro de este contexto de «parto como batalla» es la de **desconfianza** por parte del personal sanitario: las madres expresan sus impresiones, pero éstas son desoídas. Por ejemplo, cuando *Besly* dijo que ya estaba de expulsivo, no la creyeron:

«No sé qué pasó, los dolores han pasado y estoy empujando», y se quedaron un poco así... Me exploraron y me dicen «estás de cuatro», sacó la mano, y ipumba!, la bolsa explotó en su cara, la puse perdida, pared y todo. Mi marido flipó, porque es que encima no le echaron, le dejó... estaba ahí al lado, o sea, mi marido flipó cuando vio salir todo eso. Y metió la mano y dice «¡pero si estás completa, si estás de expulsivo!», y yo «ya os decía yo».

Algo parecido le sucedió a *Maicha*, que además no se sentía apoyada por su pareja:

Le pedí a mi pareja que llamara a la matrona y él «dijeron que no les molestaras por algo que no fuera importante». Total, que vino una y dice «uuuh, te queda un montón». No pasaron ni quince minutos y ya había nacido la niña, o sea, no... tus sensaciones no las tienen en cuenta, yo decía «voy a cagar y me va a salir el bebé... yo tengo una presión ahí tremenda»... después te sientes avergonzada por no haberte sabido defender.

Jable dijo una y otra vez que notaba ciertos problemas, pero nadie la escuchó hasta que finalmente tuvieron que hacerle una cesárea de urgencia:

«Que es que la niña se me sube aquí arriba» «¡Anda ya!» y allí nadie me hizo caso durante treinta horas.

Las sensaciones desoídas son algo que, además, cuando la tecnología entra en la ecuación⁵³, es mucho más probable que suceda: por ejemplo, se tiene más en cuenta lo que dice el ecógrafo que cualquier otra percepción, ya sea por parte de la madre o por parte de otros métodos más «rudimentarios», por así decirlo. Este exceso de tecnología es una consecuencia más del modelo tecnocrático (ver punto 5.4.1) de asistencia obstétrica: cuando crece la tecnificación, disminuye la humanización. La matrona *Luna* cuenta que:

... Una chica que le iban diciendo que tenía un bebé pequeño, que tenía un bebé pequeño, pero ella era muy alta y... o sea, eso por ecografía, pero por palpación abdominal, con nuestras manos, pues palpábamos un bebé completamente normal, más bien grande. Pues las ecografías, que era un bebé pequeño. Pues nada, el bebé nació en casa y casi pesó cinco cien.

Mediante el uso de ecógrafos, las mujeres se convierten en espectadoras de sus propios embarazos, y los médicos ya no necesitan establecer un diálogo con ellas, sino simplemente mirar directamente la pantalla para saber «qué pasa ahí dentro». Las mujeres no son las protagonistas del embarazo, sólo meros «contenedores», y así, se saben escindidas de sus propios cuerpos, que ya no les pertenecen. La tecnología anula la palabra y la percepción. El centro de atención es únicamente el bienestar fetal, y en ese contexto las mujeres como tales quedan totalmente anuladas, invisibilizadas.

Al final, dentro del parto como batalla, se genera una desconfianza de las madres hacia los profesionales, de los profesionales entre sí, y de los profesionales hacia las madres también, como dice *Mathil*:

Evidentemente creo que hay cosas que habría que cambiar, que están un poco digamos obsoletas y que habría que renovar un poco esa mentalidad y esa forma, porque con la gente que he podido hablar... o sea, al final te das cuenta de que en todos los partos siempre hay algo, muy poca gente te cuenta que el parto haya ido todo bien, siempre... y luego creo que lo que sí que hay es como un poco desconfianza hacia los médicos en esa parte, o sea, por parte de los padres, que al final termina habiendo incluso un poco de conflicto con los médicos, como que no confías que lo están haciendo realmente.

Si muchas mujeres se sienten en continua batalla durante sus partos, presas de desconfianza por parte del personal sanitario, pues refieren cómo no se las informa correctamente ni se les pide opinión alguna, y en un momento además de máxima

⁵³ Ya decía Albert Einstein que «se ha vuelto obvio que nuestra tecnología ha sobrepasado a nuestra humanidad».

vulnerabilidad como es el trabajo de parto, una figura realmente importante aquí sería la del **acompañante**. Un acompañante muy especial, porque haría el papel de avanzadilla en esta «batalla». He llamado a esta figura **«empoderamiento delegado»**, porque por muy empoderada que esté una mujer, en el momento tan sumamente delicado del parto, es muy difícil conseguir las cosas sola. Porque, como dice *Jable*, «influye mucho la madre, y la gente que tengas alrededor». Y *Lucía* opina que «sí que es cierto que la otra persona que te acompaña tiene que ser tu boca, tus manos, tu todo». Es de suma importancia, por lo tanto, que el acompañante esté muy bien elegido.

Besly, por ejemplo, depositó esa confianza en su marido:

Yo a mi marido siempre le decía «a ver, quiero esto, esto, esto, y yo no estoy para otra cosa, yo no voy a estar atendiendo al personal, eso tienes que hacerlo tú», sobre todo con la pequeña, yo le dije «no quiero epidural, porque si ya lo he hecho una vez, puedo otra, entonces ayúdame a no querer la epidural, que si la pido, me ayudes; no quiero oxitocina, por favor, estate pendiente de que si yo no reacciono, porque, joder, estás en ese momento en otras cosas, que tú seas mi voz», entonces yo a mi marido le tenía aleccionado en eso (se ríe), entonces yo creo que es más importante el apoyo en paritorio, desde mi punto de vista, de tu pareja o si no quieres a tu pareja, que tuvieras una doula o alguien que acompañe, que sea tu voz y que sea tu plan de parto, no sé si me explico.

Lola expresa algo similar:

Pero a mí sí que me fue bien que estuviera, porque aunque ellos no le dieran voz, él sí, porque esto lo teníamos muy trabajado, que defendía cosas que para mí eran muy importantes. Si yo decía que no me rompiera la bolsa, él decía «que no le vais a romper la bolsa», no eras tú sola luchando contra todos ellos, tenías alguien que estaba contigo, y eso también se agradece.

Txu, sin embargo, decidió delegar en su matrona, en quien confiaba muchísimo, en vez de en su pareja:

Me sorprendió también como anécdota es que con quien me apetecía mucho estar en contacto era con ella, con la matrona, no con mi pareja (se ríe), pero luego también he visto que es muy... que esa seguridad... Y a mí me apetecía, como la conocía, me apetecía estar con ella, abrazarla a ella, un pelín surrealista.

Luna, matrona, también habla de esto:

Pero en un hospital, que normalmente no conoces quién te va a atender, el acompañante es quien debe luchar en cada momento para que los deseos de la mujer se vayan cumpliendo, porque la mujer está en un momento muy vulnerable, y está en el «planeta parto» o debería estarlo... y ella no debería preocuparse por nada más que de su parto y vivir el proceso, entonces quien se tiene que ocupar de todo el tema logístico y de que se vayan cumpliendo todas sus peticiones y sus deseos es el acompañante.

Candela se arrepiente de no haber tenido a nadie que pudiera ayudarla así:

También me entiendo a mí misma, sé que en ese momento no estaba para ponerme... para enfrentarme así a nadie, pero sí, me arrepiento totalmente, vamos. O sea, quiero pensar, no lo sabes, ¿no? Si se volviera a dar la situación no sé cómo reaccionaría, quiero pensar que me plantaría y que me iría o intentaría negociarlo con un poco de mano izquierda, pero sí, claro que me arrepiento, sí, sí.

El sentir no tener el apoyo de la pareja hace estragos en el ánimo y produce una percepción de soledad durante el parto. *Candela* quiere, en un futuro embarazo, intentar un parto en casa, pero teme no sentirse apoyada en su decisión por su marido:

Sé que en un posible futuro parto en casa tendría que hacer un trabajo ahí de convencimiento, sí, sí, desde luego. Yo entiendo que si no te has empapado un poco de la información es difícil ver que es posible y no hace falta una ambulancia en la puerta, lo entiendo, pero bueno, joer, lo estoy explicando, yo te doy la información, no puedo hacer más, si una persona se cierra en banda... Entonces, si se diera el caso, sí lo veo un poco difícil, no lo veo imposible, pero bueno... sería otro frente, si se da el caso, ya lo pelearemos... Yo creo que merecemos vivir de otra manera el parto, no puede ser estar embarazada cuarenta semanas para saber que vas a tener que ir ahí otra vez y te vas a encontrar con eso... pues no me apetece, no me apetece, la verdad.

Civita también piensa que su marido no le podía ofrecer un apoyo lo suficientemente fuerte porque él tampoco sabía muy bien qué estaba sucediendo, así que echa en falta **una figura que le ofreciera un apoyo emocional**:

Obviamente mi marido no me podía dar apoyo porque él no ha pasado por eso, además éramos primerizos, entonces alguien que esté contigo todo el rato y que te esté transmitiendo tranquilidad y serenidad y que todo está bien, y que ya verás cómo vas a poder, pues eso, un poco de apoyo, y que el bebé nazca bien y que no haya nada que altere esa armonía que se tiene que dar entre un bebé y una madre.

Otro problema que surge, de cara al acompañante, es cuando éste es ignorado o dejado de lado, como le sucedió a *Alexia*, cuyo marido se quedó «tirado» en un pasillo sin información alguna, y eso que ella expresó desde el principio la voluntad de que su pareja le acompañara:

Las matronas le preguntaron a la ginecóloga «¿hacemos pasar al papá?» y la ginecóloga dijo «¡no!», así, cortante y un poco de malas maneras, y sin decir nada. Y tardaron un rato, mientras me estuve cosiendo, que tardaron un ratito no dejaron pasar a mi marido. Mi marido estaba en el pasillo angustiado porque, claro, me dijeron «te vamos a lleva» y me llevaron, y él no sabía si me estaban haciendo una cesárea, no sabía si estaba bien... no sabía nada. Y tardaron un ratito en dejarlo pasar.

[...] Teóricamente yo elegí que mi marido fuera mi acompañante. En todas las revisiones lo mandaban salir un rato considerable, a paritorio no le dejaron ni entrar, y en ningún momento de las 17h que estuvimos allí se dirigieron a él para informarle de nada. Así que el trato fue similar al que le dieron al sillón donde se sentaba, por decirlo de alguna manera...

A *Happymoon* le dijeron sencillamente que su pareja no podía entrar porque no había sitio:

Es que no pude. No pude porque había luna llena o yo qué sé qué y se puso de parto medio Zaragoza, y entonces tuve que compartir sala con otra chica, entonces nos dijeron que no podían entrar los maridos, pero vamos... que a mí me hubiera dado igual que entrara, porque total, ya me ha visto el chichi medio Zaragoza por las puertas (se ríe).

Sin embargo, en la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, se pone de relevancia cómo los protocolos de los centros hospitalarios deberían siempre pensar en...

... permitir durante todo el proceso la presencia de la persona acompañante que la mujer haya elegido. Se considera especialmente relevante que exista un nivel de cumplimiento alto en este dato, por existir abundante evidencia que muestra los beneficios del acompañamiento desde las etapas más tempranas. Este apoyo continuo favorece el progreso fisiológico y una mayor satisfacción de las mujeres por la experiencia de parto, así como mejora los resultados de parto por su relación con el hecho de provocar menor uso de analgesia epidural, menor incidencia de partos instrumentales y de cesáreas.

(OSM, 2012: 64)

Cuando el personal sanitario usa protocolos desactualizados y obsoletos, contrarios a la evidencia científica actual, no sólo es mala praxis (esto es, negligencia, imprudencia o impericia médicas), sino que la frontera con la violencia obstétrica se vuelve extremadamente tenue. Pero es que cuando esa mala praxis se extiende por el sistema de salud de un país entero, como sucede en España, la cuestión se convierte en un problema de salud grave. Por ello, en este contexto, resulta imprescindible reivindicar el derecho a la **autorresponsabilidad sobre nuestra propia salud**, y eso no debería querer decir en ningún momento que esto nos cueste una batalla tras otra en nuestro propio parto, sino que somos perfectamente capaces de tomar nuestras propias decisiones, sin necesidad de discusiones, paternalismos ni tutelas. Es imprescindible reivindicar una vida libre de violencia, con igualdad entre los géneros, con un trato digno y respetuoso, y con la capacidad de elegir qué queremos en nuestros partos sin tener

que luchar con uñas y dientes por lograrlo. Porque decidir es estar informada. Decidir es saber. Decidir es estar empoderada. Decidir es un derecho sexual.

5.2.3.2. Falta de información

El derecho a la información es un derecho humano fundamental. Cualquier paciente es un ser humano con dignidad y como tal resulta una persona con derechos, y uno de éstos sería el recibir información adecuada sobre la propia enfermedad y el tratamiento a seguir. Así, según la *Ley de Autonomía del Paciente*,

Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al **respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente**. (BOE, 2002: Art. 2.6)

En las nuevas recomendaciones de la OMS, se especifica que resulta imprescindible informar a las mujeres y sus acompañantes de manera efectiva durante todo el proceso del parto, usando un lenguaje lo más claro posible y evitando la jerga médica (OMS, 2018: 25). Sin embargo, algunas mujeres sienten una total falta de información durante todo el parto. A *Happymoon* le hicieron una episiotomía sin preguntar ni informar, y a *Sfg* le informaban «a medias»:

No te decían «mira, yo creo que es mejor esto por este motivo y por este otro, las consecuencias son tales y cuales», no, lo que pasa es que nosotros le preguntábamos, «ya, bueno, pero... ¿por qué me propones esto?», lo que pasa es que tenían mucho agobio, iban muy deprisa y directamente... bueno... te preguntaban si querías hacerlo pero no informándote al cien por cien.

No informar de las maniobras que se realizan es extramadamente común, según el *Observatorio de Violencia Obstétrica* esto sucede así en más de la mitad de los casos (OVO, 2017: 7). Así, con *Cumbia* usaron espártulas, pero no le informaron:

Lo de la espártula, me parece que no, que me enteré después, pero claro, no sé si hubo tampoco tiempo para decirme «mira, esto es lo que va a pasar, ¿qué opinas?».

A *Maremota* le dijeron que iban a usar ventosas, pero no le dieron una explicación ni le informaron de lo que estaba pasando.

Llama, pasa un rato, pasa otro rato, yo no te puedo decir, porque a lo mejor, la dimensión tiempo ahí ya se me fue, pero minutos, minutos. Y empezamos a ver a los dos la cara así más desencajada, con mala cara, y le dice el matrón a la

enfermera «haz el favor, llama otra vez al tocólogo, y ahora también a pediatría», llama esa enfermera y a los treinta segundos empieza a entrar gente en ese paritorio corriendo, echan a mi novio «fuera, fuera, fuera, ventosas, no sé qué», a ver, hablan con los tecnicismos vuestros, no sé cuántos, no sé qué, yo que estaba tan tranquila, que pensaba «tres empujones, con mi novio al lado y se acabó», y ahora, que echan a mi novio, no sé por qué, empieza a entrar gente corriendo, alterada, empiezan a decir «dadme las ventosas que no sé cuántos, que no sé qué, venga, vamos, no sé qué», tú te pones... histérica es poco, ¿no? No me dijeron nada de lo que estaba pasando, sólo que iban a usar ventosas, ya está.

Bac+2 es marroquí y contaba además con cierta barrera idiomática:

No. Aparte de que no me entero de todo, porque los términos médicos es un poco difícil para mí, pero lo único que me explicaron muy bien era epidural antes de ponerla, eso sí lo explican perfectamente, incluso te obligan a leer la hoja y firmarla, aunque digas «no, que ya la he leído», porque yo estaba con contracciones y no te apetece, pues te obligan, te dicen «no, tienes que leerlo y firmar y te la pongo», eso sí que ha sido muy bien explicado, pero luego lo que te van a hacer te lo dicen en término médico pero no me entero.

A *Lola* no le explicaron que no podía levantarse:

Y entonces llamé a la enfermera porque me quedé en la cama, no podía moverme, Néstor no sabía qué estaba pasando... ¡Pues me cayó una bronca! «¿Pero tú no sabes que no puedes levantarte?» «¡No, no lo sé, porque si lo supiera, no tengo ninguna necesidad de jugármela!» «Pues lo deberías saber» «Pues me lo explicas dos segundos y ya está...» ¡Y es todo así!

Lola explica, además, cómo el personal comentaba entre sí lo que iba haciendo, y así ella se iba enterando, pero que no le informaban a ella directamente, como si ella fuera una espectadora de su parto y no una parte activa del mismo:

Las otras personas te explican «te voy a hacer un tacto», por ejemplo, pero no te explican ni por qué ni si es necesario, es como «te lo voy a hacer, y punto pelota», no recuerdo mucho más... Lo que la ginecóloga hizo, porque ella me iba... no sé, como no tenía sensación, mientras yo iba empujando ella dice que iba haciendo «trabajo de parto», y yo no sé qué hizo, no tengo ni idea de qué hacía, metía las manos... No tengo ni idea, tampoco me lo explicó. Además estaba tan obsesionada... porque las oyés, la distancia es de menos de un metro, «¿cómo no te voy a oír?», y estaban diciendo entre ellas «vienen las aguas sucias, a ver cómo está», y estaba tan obsesionada con sacarlo y ver que estaba bien que ya me daba igual, o sea, si me hubieran rajado en ese momento ya me daba igual, porque ya no estás en los que tienes que estar, claro, estás asustada.

A *CrisVR* le sondaron sin avisar y luego tuvo una infección del tracto urinario por uso de catéter (UTI, por sus siglas en inglés):

Y luego otra cosa que también me hicieron sin preguntar fue sondarme. No me explicaron por qué. Y la sonda me produjo una infección de orina, que a los dos días de estar en casa me tuve que ir al hospital, dejar al padre solo con el bebé,

y que me llevase mi padre porque tenía una infección... vamos, me moría... [...] Hala, llegas y empujas, y se ponen a hacer todo, en vez de decirte «ahora si te parece bien te voy a romper la bolsa, el motivo es éste, éste y éste, ¿lo hago o no te lo hago?, si no te lo hago, puede pasar esto bueno y esto malo, y si te lo hago puede pasar esto bueno y esto malo», pero no te dan la opción. Y eso me parece un poco...

De nuevo subyace la sensación de que a los profesionales les molesta informar y responder dudas, de que **esa interacción no les resulta agradable**.

... Esa reticencia, como si les molestara que les preguntase. Sí que me informaban, pero yo recuerdo que hubo un momento en que quizás por falta de oxígeno de la niña le hicieron las pruebas de pH y de la segunda no me dijeron cuál había resultado, ahí sí que les tuve que preguntar. «Ah, ¿no te hemos dicho?», en general sí noté que no les gustaban las preguntas.

(Candela)

Luego durante el expulsivo sí que me acuerdo que había muchas manos ahí y me estaban echando... y entonces sí que tuve que preguntar, y entonces sí que me dijeron, me explicaron qué me estaban haciendo, pero en ese momento tuvimos que preguntar, es como que estaban ellos a su trabajo y no se fijan que tú no sabes, que no estás viendo.

(Bea)

En el privado con el primero sí que era siempre con el mismo ginecólogo, que el trato era como muy escueto, te hacían las pruebas y no te comentaba prácticamente nada. Sólo recuerdo una cosa que me dijo, en una de las últimas pruebas, dice «es un poco cabezón», «¿y eso qué significa?», «nada, que tiene la cabeza un poco...» [...] Sí que preguntaba, porque yo soy de preguntar, y... bueno... lo que no noté es que ellos contaran, o sea, que me preguntaran a mí ciertas cosas, me contestaban a lo que yo preguntaba en todo momento, pero no te preguntan ellos para hacerte partícipe de ciertas cosas. En los dos casos.

(Mathil)

Gloria sólo preguntó una cosa en todo el parto:

Pero sí es verdad que hubo un momento en que vi a la matrona coger una tijera y sí le pregunté, yo creo que fue la única ocasión en la que pregunté algo, ¿no? Porque dije «¿no me irás a hacer una episiotomía?» y me dijo «no, no, es para cortar el cordón», o sea, que se ve que ya iba a nacer. Creo que fue la única pregunta que tuve que hacer, y me la contestaron, obviamente.

Otras mujeres, sin embargo, sienten que no preguntaron lo suficiente: *Civita* siente que a posteriori se sintió mal por no haber preguntado lo suficiente, por no haber estado lo suficientemente «despierta». *Maremota* también se arrepiente:

Vamos, sé lo de la pastilla pero porque yo me había «jartao» de leer antes, pero si no yo no sé ni para qué me meten la pastilla, ni para qué es la oxitocina, ni para qué nada. No me explicaban nada. Yo no pregunté tampoco, a lo mejor ése fue el problema, yo no pregunté.

Chos pasó por un momento muy álgido de angustia por falta de información:

Parecía que todo iba bien hasta que al segundo día vino la neonatóloga a verla y tal, le hicieron unas pruebas y dijeron «nos la tenemos que llevar a neonatos urgentemente», así como te lo digo, y por el pasillo ellos con mi hija y yo detrás corriendo, «¿pero por qué se la llevan?», la llevaban a neonatos porque tenía... a ver si me acuerdo de cómo se llamaba... tenía una incompatibilidad con mi sangre, creo que era no por el positivo o negativo sino por la letra, yo soy O y ella es A, y había ahí no sé qué movida que mi sangre como si la estuviera envenenando a ella, entonces tuvieron que ponerla, porque tenía la bilirrubina por las nubes, estuvo en la incubadora siete días, en los que no sabíamos además hasta qué punto eso era grave, no habíamos oído nada de eso... fue muy angustioso.

Júlia resalta que es muy importante que las mujeres acudan al seguimiento del embarazo y al propio parto con información, porque resulta una manera de presión para que la atención obstétrica cambie. Y es que el conocimiento es poder:

Yo creo que las mujeres están, o por lo menos algunas, bueno, cada vez más, están empezando a tomar conciencia y a informarse, entonces esto de alguna forma les obliga a hacer aunque sea pequeños pasos, lo que comentábamos al principio, a hacer unos protocolos de parto natural, que luego no cumplen, pero bueno, es como un pequeño paso... Y hay un poco más de interiorización y sobre todo más demanda por parte de las usuarias de un parto diferente.

Así, contar con la información adecuada es de gran importancia, como dice *Gala*:

Yo creo que es una falta de información en general. Con esto me refiero: con el tema de salud, ya sea partos o embarazos y demás como cualquier otra cosa. Las personas que quizás estamos menos informadas o que desconocemos, es como que nos basamos en la opinión que nos pueda dar un médico y no lo ponemos en duda, o no lo cuestionamos. Y creo que con esto... y no creo que quizás se escondan las cosas... bueno, siempre se esconden cosas, qué tontería he dicho, en cualquier cosa siempre se esconde... entonces, creo que hay cosas que entiendo que no interesen salir a la luz, pero yo creo que es más desconocimiento nuestro, de las personas de la calle, en todos los sentidos. O sea, en un embarazo, pues te fías de lo que te dicen, si te tienes que hacer tres analíticas te haces tres... ¿y por qué no son cinco? Pues yo no pregunto por qué no son cinco, si me dicen que son tres, son tres, y si tienes que venir tal semana, tal semana, no pregunto por qué tal semana y no cual otra... No sé. Creo que es más, digamos, como que nos dejamos guiar o llevar por lo que nos dicen por desconocimiento.

Jable piensa que en general no sabemos nada:

No tenemos ni puñetera idea de sexualidad, ni de ginecología ni de nada. Las mujeres. ¡Es verdad! Yo siempre lo digo, yo he tenido que aprender más de mayor ya pero por pura curiosidad: cuándo se ovula, cuándo no se ovula... lo típico, vaya. Estas cosas, que eso nadie te lo enseña, y menos en los hospitales, y luego a la hora de que tú vas a un hospital, es súper desagradable cada vez que te hacen un reconocimiento, aunque sea una citología, quién te trata, quién no te trata, cómo te trata, la situación... Mira, a mí me pasa... yo tengo quistes en

los ovarios, y encima tengo el útero en retroversión hacia la izquierda, y claro, mientras te están haciendo las cosas y todo lo demás, es como que eres una máquina, no sé cómo decirlo. Y luego, después de los embarazos también. Nadie te cuenta.

La ginecóloga *Yogui* resalta que la información que le llega a las madres no siempre es la correcta:

Intentar hacer entender a la paciente que igual no toda la información que se publica en internet es del todo fiable, y animar a las pacientes a que pregunten más en la consulta las dudas y a los ginecólogos igual, a prestar más atención a los que las pacientes quieren o las dudas que puedan tener, porque al final terminan leyendo mucho en internet, en foros, en... lo que les cuentan amigas y demás, y bueno... no todas las pacientes son iguales, no todas las mujeres quieren lo mismo para su embarazo y para su parto, y lo que tienen que hacer es preguntar y buscar las opciones que más se adaptan a sus preferencias, ¿no?

Kalí es gitana y piensa que, tanto en su caso como en el de la cultura mayoritaria, las mujeres no están informadas adecuadamente, y que deberían:

Tenemos una percepción de los partos que no es real, en mi caso, que tengo tan reciente el parto en casa, porque mi abuela parió en casa, y parió en casa a diez o doce hijos, ¿sabes?, y no es tan diferente a la cultura mayoritaria, pero sí que creo que lo tenemos muy presente, y es increíble cómo nos lo han robado, o sea, tanto a vosotras como a nosotras, nos lo han robado, como no estés muy informada desde el principio... Y pienso que eso también es un deber de las mujeres, me siento culpable por no haberme informado, por haber ido como si vas a tomarte una pizza, esto hay que tomárselo en serio, la maternidad no es una cosa para coger, quedarte embarazada, y ¡hala!, no, es nuestro deber informarnos.

Pero después reflexiona y piensa que el tener que informarse también lleva de la mano la sensación de que la responsabilidad de que salga bien **recae nuevamente en las mujeres.**

Pues es que estoy como pensándolo, porque antes te he dicho que todas las mujeres deberíamos informarnos, pero es una putada, es como... «todas las mujeres debemos ir con precaución porque podemos ser violadas». No, ¿por qué coño yo tengo que ir con precaución porque me puedan violar? Siento que es un deber, que es una realidad, la realidad es que a mi hija no estoy criándola con machismo pero la realidad es que vivimos en una sociedad machista y yo debo de tener más cuidado de ella que de mi hijo, porque sé que la pueden hacer daño de otras maneras que a mi hijo no. Es la puta realidad en que vivimos y yo no puedo apartarlos de la realidad, entonces tampoco nos podemos apartar de esta realidad, la realidad es que es una mierda el trato de... que nosotras tengamos que hacer esto, pero tenemos que hacerlo. Tenemos que hacerlo porque en ello nos va la vida, nos va nuestra salud mental, nuestra... la salud de

nuestros hijos, nuestra salud ginecológica, o sea, nos va la vida, tenemos que hacerlo. Empoderarnos e informarnos: tenemos que hacerlo.

Pero hay un problema que resalta *Maicha*, y es que cuando vas informada de los procedimientos el personal sanitario puede no tomárselo a bien.

Te vas informando tú por el miedo y porque te ves que estás allí abierta, expuesta a lo que ellos quieran, es como el test de Sullivan, una cosa así, vas allí, «traga esto, tómate esto»... no sé. Son cosas que parece como que tragar todas como borreguitos, y si te informas un poquito ya eres la tontita que mira internet y que se piensa que sabe.

Sin embargo, *Savannah* es ginecóloga y opina que es de suma importancia que las mujeres lleguen informadas al parto:

Pero definitivamente, ellas y la familia es quien tiene que estar súper requeté empapado y como al pie del cañón con esa parte, me parece súper importante y esencial que ellas también estén informadas, nosotros por supuesto también, pero sólo como orientación y en los casos en los que haya que cambiar la manera de actuar, explicarles y cambiar.

El Cid, ginecólogo, opina que hay que afrontar embarazo y parto en conjunto: futuros padres y profesionales.

Creo que por estas razones no sería exacto ni conveniente decir que hay que «dejar en manos de los profesionales», sino afrontar el embarazo y parto en conjunto, paciente y pareja, matronas y ginecólogo, para evitar excesos y malos entendidos de ambos extremos.

Según la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (OSM, 2012: 44), resulta imprescindible garantizar el acceso y comprensión de las mujeres de la información basada en la evidencia, así como desarrollar programas de educación sanitaria que propicien la participación activa en el proceso y el conocimiento de las embarazadas y sus parejas. Se trataría, por lo tanto, de establecer mecanismos para garantizar a todas las usuarias que puedan hacer uso de su derecho a tomar decisiones en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios.

5.2.3.3. Sentimientos negativos

Algunas mujeres expresan haber experimentado sentimientos negativos durante el parto, como la **soledad**. *Alexia* expresa cómo en el paritorio había mucha gente «pero nadie a su lado». A *Anabel*, en su primer parto la dejaron conectada a un monitor durante cuatro horas, sin dejar entrar a su acompañante, y sin nadie a quien preguntarle

nada. El monitor pitaba continuamente y *Anabel* tenía miedo de que estuviera pasando algo grave.

Desde que me llevaron a monitores hasta que me pincharon la epidural, ya en el paritorio, pasaron al menos 4 horas. Cuatro horas en las que estuve completamente sola, vulnerable, asustada. [...] El único monitor que estaba pitando era el mío, y entonces yo pensaba que era algo con el bebé y llamaba a la enfermera, llamaba a la enfermera, y nadie venía. Tardaron un montón en venir, así que yo pasé miedo porque pensaba que le estaba pasando algo al bebé y que nadie... no sé, no había nadie por ahí alrededor a quien llamar. Sí, miedo.

Al final tuvo que decir que tenía las contracciones muy seguidas y que la llevaran ya al paritorio, porque no podía seguir soportando más esa situación.

Tampoco había nadie a quien preguntarle, porque no había nadie, ninguna enfermera estaba allí, pendiente de los monitores ni nada. De vez en cuando pasaba alguien de lejos, lo oía, yo llamaba, pero ya al final no podía más y pedí que vinieran y dije que tenía contracciones cada dos minutos pero era solamente para que me llevaran al paritorio de una vez, porque no podía más, y para que me pusieran algo, es que no lo soportaba más. Nadie me explicó nada.

Maremota sintió algo parecido, como que nadie le hacía ningún caso:

Yo me sentía como... que no me echaban cuenta... que yo decía «yo no estoy bien, yo no me siento bien» y nadie me echa cuenta, ¿quién me ayuda? Ahí sí tuve miedo. Me sentí abandonada por el personal, porque además no podíamos tener acompañantes, como estaba en esa sala y ahí no puede estar ni tu pareja ni nadie.

Happymoon también estaba sola en una habitación, necesitó vomitar, pero no tenía a quien pedirle una palangana, así que vomitó en el suelo:

Mal. Mal, mal. Y luego mal también por decir... yo qué sé... si hubiera habido una palangana, pero luego es que tuvo que venir la de la limpieza... Si hubiera necesitado algo urgente, habría gritado más, supongo. No había ningún botón, y es más, cuando vomité luego cuando lo dije, que no había para llamar y tal, o si lo había estaba lejos y como llevaba gotero y no podía ir, no me acuerdo.

El **miedo** es también una sensación muy común que experimentan muchas madres, desde un miedo más o menos controlado hasta el miedo en su máxima expresión (síndrome de estrés postraumático). Por ejemplo, *Candela* se siente cobarde por haber sucumbido al miedo, porque además se sabía bien informada de las evidencias científicas en torno al parto y piensa que el personal sanitario «se salió con la suya», impidiéndole disfrutar del parto que ella en el fondo deseaba, porque el miedo es un arma muy poderosa:

Pero me sentí un poco cobarde, que no supe enfrentarme, ya sé que en ese momento no estaba... o sea, quiero decir, no tengo que justificarme, ya sé que hice lo que en ese momento pude, y ya está, pero me fastidia, me fastidia que cosas que yo he leído, que sé que científicamente están probadas y que no suponía por mi parte ningún daño a mi criatura ni a mí misma, que no nos dieran la forma de llevarlo a cabo de otra manera. El dolor que... pues hubiera querido un parto sin epidural, sin oxitocina sintética, sí dicen que es más intenso, bueno, pues sí hubo momentos de dolor intenso, de tener que estar tumbada en un momento dado y pasarlo peor... y bueno, pues me da pena no haberlo podido llevarlo de otra manera, que quizás si hubiera sido de forma más fisiológica podría haberlo llevado mejor, o sea, por ese lado el sufrimiento, sí, sí, no lo pasé... no fue como me habría gustado y creo que podría haber sido de otra manera. [...] Me plantearon el tema de la epidural lo hicieron de forma respetuosa y en todo momento que era mi decisión y tal, pero claro, te lo dicen de una manera que qué vas a hacer más que tomar la decisión que ellos te recomiendan

Adriana tuvo miedo en su segundo embarazo y parto, además de mucha incertidumbre, sabiéndose además en un entorno hospitalario muy intervencionista y con un ginecólogo que tenía un apodo nada tranquilizador:

El segundo embarazo lo viví con cierto miedo porque yo estaba segura de que no quería parir en hospital, el hospital de aquí de mi localidad es un hospital que ya ha cambiado un poco, pero entonces era muy poco respetuoso con la fisiología del parto, y los profesionales eran muy agresivos no en el trato de persona a persona sino en la manera de llevar un parto, tanto matronas como ginecólogo. Y sufrió ese miedo, esa incertidumbre durante todo el embarazo de qué iba a pasar al final en el parto. [...] Y luego tuve miedo, mucho miedo, en el segundo día de inducción porque... de esto no me acordaba, pero ahora cuando me lo has preguntado me ha venido a la cabeza... claro, el primer día de inducción me pusieron un gel de prostaglandinas, y el segundo día me pusieron otro diferente... Y claro, al ginecólogo que me puso ese gel el segundo día le llamaban «el cuchillo», con eso te lo digo todo.

Maicha, después dos partos traumáticos, tuvo muchísimo miedo en los tres siguientes, desarrollando una auténtica tocofobia:

Una vez que vi cómo me trajeron, lo pequeñita que me sentí, en el segundo fui en plan «a ver, a lo mejor es que fui muy sensible yo y lo exageré»... A partir del segundo ya tenía pánico al parto. Pánico, terror, de llorar, de estar embarazada y llorar, llorar hasta hipar y quedarme dormida llorando, de decir «dios mío, qué me van a hacer esta vez».

La tocofobia es un pánico al parto, y puede ser primaria (en mujeres que nunca tuvieron un embarazo y parto antes) o secundaria (en las que ya han parido anteriormente). El primer tipo es más común en mujeres que sufrieron abusos sexuales de pequeñas. El segundo, en mujeres que experimentaron síndrome de estrés postraumático en su parto

o partos anteriores. *Maicha* pertenecía a ambos grupos: fue víctima de abusos sexuales en la infancia, y tuvo dos experiencias de parto tan terribles que en sus siguientes tres embarazos tenía terror al parto. La psicoterapia puede ser realmente útil para conseguir superar la tocofobia (Nerum *et al.*, 2006) y el síndrome de estrés postraumático. En cualquier caso, se estima que entre un 1,5 % y un 30 % (Olza, 2014: 79) de madres sufren estrés postraumático en su parto, al experimentar la vivencia de grave peligro para ellas o los bebés. El síndrome de estrés postraumático conlleva mucho sufrimiento en las madres que lo padecen, afecta gravemente al establecimiento del vínculo con el bebé, y los síntomas pueden durar meses o incluso años, reviviendo la experiencia del parto continuamente.

La **frialdad** y el **trato impersonal** son otros elementos que aparecen repetidamente en el discurso de las madres. *Candela* me contó que se sintió «como el ganado» y que contestaban a las preguntas con mucha reticencia. *Mathil* dijo que nadie la llamaba por su nombre:

No recuerdo que me llamaran ninguna de las que me atendió durante el parto por mi nombre. Ninguna. Y luego ya, sí, las enfermeras de neonatos, ellas sí. Pero durante el parto, creo que la única que me pudo llamar por mi nombre fue una matrona, el resto no. Dicen «mami», tienen mucha costumbre de decir «mami» o algo así, es lo que... «a ver cómo va la mami», pero no se dirigen tampoco así muy directamente, con una forma de dirigirse.

Smiling Caballero, ginecólogo, explica que el trato impersonal es lo normal en los hospitales:

Cuando atendía partos en domicilio, pues hacía cosas como aceptar que me invitaran a comer o a cenar en su casa y no sólo ir yo sino llevarme a mi hijo para coger pues un grado de confianza muy alto, entonces no caía nunca, yo... la mayoría de las madres y padres a los que he atendido sus partos pues tengo una sensación de cariño muy especial dentro de mi corazón y estoy seguro de que ellos también conmigo, es como que me he hecho un poco de su familia. Ahora, en los partos hospitalarios, pues no, ahí sí que hay una despersonalización, claro que la hay, yo soy un número y soy una pieza en el engranaje, por mucho que sea un hospital pequeño, y por mucho que... hay algo, ¿no? Pero... bueno... desde luego no es lo mismo, claro.

Igualmente, la sensación de **prisa**, de no permitir que los partos progresen a su ritmo natural, aparece a menudo en el discurso de las madres. Por ejemplo, *Mathil* cuenta cómo le rompieron la bolsa de mala manera para acelerar el proceso:

Había algunas que eran más agradables que otras, la que me rompió la bolsa era súper borde, que encima fue con la que alumbré al bebé, que fue la que me lo aceleró, como diciendo «ésta lleva ya aquí un montón de horas, y venga, ya».

Bea cuenta cómo en su parto se sintió todo el rato apurada por la ginecóloga. Además, se sintió frustrada porque llegó al parto en dilatación completa, y por ello pensaba que todo iba a ser más sencillo. Pero no fue así.

La ginecóloga fue lo que fue más mal, era una mujer que yo no conocía de nada, que vino a sustituir a la otra chica que era la que me llevaba mi embarazo, y... bueno, ésa sí que me dio mucha sensación de tener prisa, tener ganas de sacarme a la niña y marcharse a su casa.

[...] O sea, yo llegué súper contenta, lo había llevado súper bien, llegué en dilatación completa, en plan «venga, que ya está», y eso, en diez minutos o así ya empezó la ginecóloga a decir que no lo estaba haciendo bien, que la niña no bajaba, que tenía que apretar más, que no sabía apretar, que no sé qué, y pasé miedo, miedo en el sentido de que «¿y ahora qué? No va a salir, se va a quedar ahí arriba, no está bajando», claro, sobre todo yo no tenía percepción del tiempo, entonces era todo como «ha ido todo súper bien en casa y ahora llego aquí y a lo mejor llevo aquí dos horas y la niña no baja», y llevábamos diez minutos en el hospital.

Una vez dio a luz, la ginecóloga tampoco quiso esperar a que se produjera el alumbramiento espontáneo de la placenta, así que tiró de ella, práctica que está totalmente desaconsejada por los riesgos que conlleva, entre los cuales está precisamente un mayor riesgo de hemorragia:

O sea, ella me tiró del cordón y me noté que me la arrancaba de dentro, o sea, noté un dolor increíble, mucho más doloroso que cualquier otro momento del parto, cuando ella me estiró la placenta, y lo recuerdo como... yo ya estaba con mi niña encima, y llorando de dolor, no de emoción ni nada. De dolor. Sólo esperó cinco minutos para sacar la placenta desde que nació mi hija.

En definitiva, *Bea* no entiende por qué le metieron tanta prisa el día de su parto, produciéndole tanto dolor y sufrimiento gratuitos.

Yo no sé si estaban acostumbradas a expulsivos muy rápidos o tenían ganas de irse a casa, porque es que encima fue con eso, no fue sólo con la bajada de la niña, fue con la bajada, fue con la placenta, o sea, tenían prisa, tenían ganas de irse a casa o... no lo sé. La ginecóloga sobre todo fue con la que más lo noté, claro, los otros supongo que como es su turno y ya se quedan allí, pero claro, la ginecóloga, al ser de privadas, son éstas que vienen, te atienden el parto y se van a casa. No sé. Pero sí, sí, tenía prisa.

CrisVR relata que su parto sólo duró tres horas y aun así parecía que había mucha prisa por que terminara, porque le pusieron oxitocina a pesar de que estaba progresando a un ritmo muy bueno, y no entiende por qué se la administraron:

Sí, sí, sólo tres horas. Rapidísimo. No tengo ni la menor idea [de por qué me pusieron oxitocina]. O sea, de verdad, yo sólo sé que me pusieron la vía con la oxitocina, el gotero que le llaman, y ya está, y la epidural. Y es que entré, mi hija nació a las dos menos cuarto, entré a las diez, y entre que te preparan, vas a la camilla, no sé qué, a las once es cuando empezaron con el gotero, y fíjate cuándo nació, o sea, es que no duró nada.

Matrona Empoderada expresa que no se puede meter prisa sin ninguna justificación real:

No está basado en ninguna evidencia el acabar el parto con un parto instrumental porque son las diez de la noche y limpiamos, sólo tiene consecuencias negativas. Pienso. Alguna mujer puede decir «ay, qué bien, cuanto antes acabemos mejor», a lo mejor ella lo ve así... lo que pasa es que esa mujer no está informada, cuando le quieren hacer una ventosa porque son las diez de la noche o un fórceps, no te dicen «los riesgos de que yo haga esto son esto, esto y esto» y tampoco te dicen «lo hago porque son las diez», no te dicen que no está recomendado en ese momento.

Mickey Mouse, ginecólogo, recuerda que etimológicamente la palabra «obstetricia» viene de «obstere», que es «estar al lado», no «estar encima», y añade:

Si ves que hay un problema en el monitor, si hay que correr ahí todas las medidas son pocas, pero si todo va bien, ¿por qué no esperar? El obstetra tiene que tener paciencia, es la virtud que tiene que tener.

Desde luego, la Organización Mundial de la Salud puntualiza que no está justificado el alterar los ritmos naturales del parto cuando no hay ninguna necesidad para ello (OMS, 2018: 3).

También algunas mujeres describen la sensación de maltrato durante el parto. *Lola* tenía más miedo al personal que a lo que pudiera pasar en el parto como tal. A *Alexia* le hicieron sentir que no se esforzaba lo suficiente, después de 18 horas agotadoras de parto y dos días sin dormir. A *Sfg* le atendió una ginecóloga novata cuyo único afán era que empujara. Y a *Amanda* le pareció un trato directamente «sádico»:

En el momento me parecieron súper sádicas. Me pareció que... es que no me puedo creer que no se dieran cuenta, con todo lo que hicieron y la manera de hablar, no puede ser que no fueran conscientes del sufrimiento que estarían infringiendo. O sea, en el momento en que el anestesista fue para contarme la epidural para mandarme a quirófano, se pusieron a hablar de mí delante de mí como si no estuviera. Ahí había sadismo, esto es lo más antiparto que puede haber... no lo puedo, todavía no lo puedo entender, que lo pienso y alucino con esto. Yo la describiría... sí, sí, quemadas, desapegadas de su trabajo, no entiendo por qué lo hacen.

Bac+2 tiene problemas con las exploraciones vaginales y se sintió humillada y maltratada por esto:

Yo no puedo abrirme, lo siento, me cuesta, porque soy gorda, por lo que sea, pero me cuesta mucho. Pero hay muchas maneras, porque me miran... hay muchas matronas que me miran y no tienen ningún problema, porque ella tiene su manera de mirarme, y tú no quieres agacharte y no quieres moverte o lo que sea y me tengo que poner para que tú estés cómoda con tus gafitas y mirarme allí de lejos... que no tienes ningún derecho a hacérmelo.

A *Bea* la ginecóloga le dilató la vagina con la mano, y fue una experiencia muy dolorosa para ella:

Hubo un momento en que ella me estaba dilatando con la mano que yo gritaba también, y me acuerdo que mi marido le dijo «para, porque le estás haciendo daño», o sea, él sólo con el tono de voz que yo hacía se dio cuenta de que me dolía más lo que me estaba haciendo ella que no las propias contracciones, ¿no? Porque claro, tú estás ahí super sensible, y estaba ella como si fuera... yo creo que ella no era nada consciente de que yo no llevaba epidural, y entonces en muchas ocasiones me trató como si yo estuviera dormida o así, y claro, me hacía muchísimo daño, o sea... me metía la mano, me abría, me hacía un montón de cosas, que claro... Yo recuerdo más dolor de eso que de las propias contracciones, entonces sí, fue doloroso, fue doloroso.

Chos narra algo parecido:

Esta mujer a base de masajes me debió dar de sí toda la zona, yo recuerdo meterme la mano entera. Pues la mujer consiguió... eso fue trabajo manual, hay que reconocérselo, pero fue muy doloroso, muy desagradable, yo no controlaba nada, yo a esas alturas, mira que yo quería ver a mi hija, pues yo en ese momento lo único que quería era que saliera, me estaba muriendo, y yo recuerdo haberle dicho a mi marido y todo «por dios, dadme un tiro, dadme un golpe en la cabeza, de verdad, lo que sea, esto es inhumano», y de realmente me importaba una mierda mi hija en aquel momento, o sea, el sufrimiento era inenarrable, y yo lo único que pensaba era «tiene que salir, tiene que salir», para dejar de pasar ese horror.

Además, *Chos* comenta que cuando parió lo hizo mientras el personal sanitario acompañaba el momento con una popular canción de la serie de dibujos animados «*South Park*»:

Recuerdo lo desagradable de estas contracciones, y salir como más líquido amniótico, de hecho sentía la necesidad de agarrarme los genitales, una sensación que la verdad que no he vuelto a sentir, y fue así de poco natural, de radical, de artificial, y claro, la oxitocina supongo que metieron a chorro, a propulsión y a una velocidad bastante grande y a las seis horas o así pues me dijeron que ya había que ir al paritorio y tenías que ir andando, que casi no podía ni ponerme de pie, y en el paritorio fue aún peor, aún más desagradable, porque... no se me olvidará en la vida... ¿sabes qué cantaron cuando salió mi hijo

de mi barriga? Jamás he visto esa serie y no se me olvidará nunca. Cantaron algo que yo no sabía lo que era en ese momento, y luego lo supe, creo que es de una serie de dibujos animados para adultos que es súper jefi... «eres un cabrón hijoputa la la la la», eso estaban cantando.

Claudia también sintió que le faltaban al respeto:

Lo peor que me sentó cuando la sacaron y ya la pesaron y dijeron: «Ojú, ESTO no pesa dos kilos y medio ni de coña», porque el peso estimado eran dos kilos y medio, y era muy chica, muy canijilla, era larga pero canija, y mira, me sentó de mal... «ESTO no pesa dos kilos y medio ni de coña», y yo en el estado en que estaba, llorando, sintiéndome la más desgraciada del mundo, me sentó fatal... ¿Cómo puedes decirle eso a una mujer? Eso no se dice... Pero tío, ¿cómo dices eso?

Además, a *Claudia* le preguntaron si quería hacerse una ligadura de trompas:

Mira, tú imagínate en una sala de partos, con la oxitocina puesta esperando a que nazca tu hija, preocupada porque sabes ya lo que cuesta sacar a tus niños de bajo peso, y... «¿tú te has pensado en que te hagan una ligadura de trompas?», pues lo último que estoy pensando ahora mismo... yo qué sé, poco tacto...

Nessi se sintió totalmente ignorada en su segundo parto:

El segundo fue tan malo que no me hicieron ni puto caso, con lo cual... o sea, como que entre medias... aceptable. Yo creo que es mejorable. Además que yo soy personal sanitario, y sé que se puede mejorar, desde el punto de vista profesional.

Maremota vio cómo una chica paría en el hospital delante de ella sin que nadie la atendiera:

Yo lo que te puedo decir que nada más que entré yo en esa sala con mi novio lo primero que vimos fue a una que estaba pariendo ahí porque no la echaban cuenta. Vamos, que estaba pariendo ahí y el tema era que su marido, su novio, su pareja, conocía a gente de allí, porque era como personal de allí, yo no sé de qué parte pero se veía que se conocían, y cuando por fin a esa muchacha le echaron cuenta, se la llevaron corriendo ya montando allí un pollo... Claro, tú llegas allí, novata, que no tienes ni idea de nada, y dices «pero si a este hombre lo conocen y a su mujer no le están echando cuenta, yo que soy aquí una pobre...» Ahí me acojoné.

Maicha tiene cinco hijos, y arrastra bastantes experiencias negativas al respecto, ya que en todos sus partos se sintió «muy pequeña»:

Con la mayor, recuerdo que me decían que me pusiera como una rana para que se encajara, y yo no me podía poner de pie, «vaya, te lo vamos a tener que hacer todo» (imita voz sarcásticamente), las maneras... las maneras de hablarte. ¿Por qué? Yo he sido educada, no grité, he colaborado, no entiendo por qué me tratas así. Si yo veo tanto dolor, a mí no me saldría tratar así.

A *Lola* le dijeron directamente que a los hospitales «se viene a pasar dolor»:

Cuando entré en el hospital y me pusieron las prostaglandinas (creo que era eso) me hicieron mucho daño. Cuando me quejé la chica que me lo estaba haciendo me dijo «Esto es un hospital, aquí se viene a pasar dolor». Otra enfermera me echó la bronca porque cuando estaba sola y medio adormilada entró y sin decir nada encendió la luz. Le dije que me molestaba mucho la luz en ese momento y se ofendió conmigo: «si yo no enciendo la luz no puedo hacer mi trabajo» (iba a buscar unas gasas para otra sala).

Matrona Empoderada me contó el caso de una mujer que acabó rechazando la epidural para no tener que aguantar los malos modos de la anestesista:

Y había una mujer de una etnia minoritaria, por decirlo así, que quería la epidural, pero claro, la mujer estaba en fase de parto bastante activa y no paraba de moverse. Y la anestesista venga a pincharla y que no podía, y que no pinchaba en el sitio bueno que era, y venga a reñirla, y venga a gritarla, a la mujer, «¡que te pares quieta, que no sé qué!», y la hablaba de unas maneras muy inapropiadas. Y fíjate que una mujer... bueno... muchas veces quieren y necesitan la epidural en el parto... de una forma bastante clara, vaya, que la demandan con insistencia. Y llegó un momento que la anestesista la dijo con un tono de voz elevado «¡como sigas así no te la pongo!» de muy malas maneras, y dijo ella «ipues hala, vete, no me la pongas!», imagínate el nivel de mala educación o de falta de respeto que tendría esa anestesista que la mujer la mandó a paseo, dijo «pues no me la pongas, prefiero parir sin epidural que aguantarte», y parió sin epidural.

Esos malos tratos recibidos durante el parto pueden conseguir que algunas mujeres pasen por experiencias realmente **traumáticas**. Así le pasó a *Bac+2*:

Yo no paraba de llorar, y le expliqué que esta señora me trató mal, me ha hecho daño, porque yo no puedo abrirme, por mucho que me diga... porque ella me ha dicho que «tú sabes abrirte cuandoquieres», en plan que «con tu marido sí que te abres, pero aquí noquieres», y me dolió mucho y le dije «mira, yo este problema lo tengo incluso con mi marido, no tienes por qué tú decirme eso, no puedo abrirmey lo siento», y mientras tanto ella «jabre!» y yo en plan esforzándome para ver... vale, túquieres hacer tu trabajo, y me imagino que has tenido un montón todo el día, pero contigo me ha dolido mucho. Y yo me puse a llorar, y sobre todo cuando me ha dicho que ya estoy de parto, que me tengo que quedar, y yo «si me toca esta señora, no voy a parir», pero en realidad cuando me quejé pues cambió, se la llevaron en seguida, vino otra persona que me trató de maravilla.

Bea siente que la «torturaron» en su parto:

Ella lo hizo con la mano a lo bestia, y desde que llegué, eso fue desde el minuto cero de meterme la mano y así, así, así, todo el rato, que fue eso cuando mi marido dijo «que le estás haciendo daño», o sea, claro, ella iba metiendo, era como si todo el rato tenía la mano dentro de mi vagina. Todo el rato. [...] Me sondaron, y me hicieron un daño también... claro, sin dormir, sin nada, tampoco me habían puesto nunca una sonda... y la chica ésta de auxiliar, que era muy

maja la chica y todo, pero creo que no había puesto una sonda en su vida tampoco, y lo intentó dos o tres veces y al final me la puso la otra, la enfermera. Me hicieron también muchísimo daño en ese momento y también me acuerdo de algún comentario tipo «no grites» o «no te quejes», algo así, de la enfermera. De eso me acuerdo muchísimo, porque yo pensaba «que me estáis torturando, me estáis haciendo mucho daño y no os dais cuenta», y que encima, y una sonda debe doler ya de normal, pero es que yo paraba de parir hacia una hora, o sea, yo tenía toda la zona super dolorida, y ellas ahí machacando con el... Lo recuerdo como una pesadilla.

Nessi llora al recordar su segundo parto, donde sintió muchísimo miedo y pasó por tocofobia posterior (le costó quedarse embarazada del tercero por pánico a volver a pasar por un parto similar):

Mucho. Mucho (se pone a llorar). Ay, me echo a llorar. Tuve miedo con el segundo, pensé que me iba a morir, hubo un momento que tuve sensación de muerte inminente, tenía tanto dolor... y no me hacían caso... les decía «me duele mucho, y no me hacéis caso», pensé que me iba a morir, nunca había tenido un dolor igual, pensé que me iba a partir en dos, estaba bocarriba, realmente yo me podía mover, porque lo que pasó es que la epidural no me hizo efecto, y entonces pues no me quitó nada el dolor, yo podía mover perfectamente las piernas, pero como estaba con la monitorización interna, no me podía mover, tenía los catéteres metidos, sí me podía poner de lado, del otro lado, pero no me podía levantar. [...] Me sentí agredida porque era un parto que se preveía que iba a ser normal y yo lo que sentí era que me habían puesto la oxitocina y la epidural para acelerar, y que no era necesario. Entonces, no era necesario, y eso me ocasionó un sufrimiento, con sensación de muerte inminente, que no compensa. No compensa. De hecho, hay muchas razones por las que tardé en quedarme embarazada del tercero, pero una de ellas era por no volver a parir. Porque tenía miedo. Sabía que no me iba a pasar nada, porque en un hospital es muy raro que tengas un problema que no se pueda solucionar, pero yo no quería volver a pasar por ese sufrimiento, tenía mucho miedo, mucho miedo.

Todas estas sensaciones negativas (frialdad, soledad, miedo, trato impersonal, dolor, sufrimiento, tortura, faltas de respeto, traumas...) casi siempre van de la mano de la sensación de **parto robado**. De que los hijos no nacen, sino que son «*sacados*», como dice *Chos. Bea* se sintió incapacitada por el personal:

Me hicieron sentir que no era capaz, que no lo estaba haciendo bien, y porque me hicieron mucho daño. Y creo que no... y aparte de esto, de la parte psicológica, de que no puedes hacer sentir a una mujer que no está haciéndolo bien cuando está pariendo, no puedes hacerle daño a una mujer, o sea, no puede ser que un profesional me haga daño a conciencia y me traten de exagerada, o de «estás de parto, ¿qué te esperabas?» o de cosas así, porque vale, estoy de parto, pero eso no justifica que me arranques la placenta de las entrañas, ¿no? Es que es así.

Kokoritzka experimentó a posteriori esa pérdida, y aún no la ha superado:

La sensación de pérdida de este momento de mi vida sexual la sentí después. ¿Sabes? De «me he perdido el parto, me he perdido la lactancia», y es como... durante el embarazo no lo tuve, fue una vez que tengo a los peques, una vez que tengo que hacer un trabajo extra para generar un vínculo con esos niños porque el vínculo que te da el parto no lo has tenido, el vínculo que te da la lactancia no lo tienes, tal, ahí es cuando empiezas a decir «joder, es que esto es así y es así por algo», que haya un parto y que exista una lactancia genera un vínculo y eso es así por algo, y yo eso me lo he perdido, es como de «¿dónde está?», y entonces ahí tienes sentimiento de vacío y de envase y de... no, no mola eso. Y todavía no lo tengo eso tampoco muy centrado, o sea, que eso sigue estando ahí, titilando.

Gloria opina que las mujeres tenemos que seguir movilizándonos para conseguir recuperar nuestros partos:

Me parece que lo más poderoso que tenemos las mujeres nos lo ha quitado el sistema de una manera bellaca y flagrante y además sin visos de que lo recuperemos, porque el panorama está que independientemente del problema que tenga el sistema, de la inercia, de los sanitarios, de la máquina hospitalaria... somos las propias mujeres las que hemos desconectado tanto de nuestras capacidades que no lo demandamos, o sea, que realmente está feo, está el asunto complicado. Y me da mucha pena que estemos generación tras generación renunciando a algo así, es como cuando las mujeres no disfrutaban del sexo, que daban por hecho que bueno, que había que meterse en la cama con tu marido porque era la única manera de tener hijos y porque había que complacerle a él, pero era un mal rato, pues me parece una renuncia muy grande y una pena.

Deiviz, matrón, comenta que a veces hay profesionales del parto respetado que también **acaban haciendo suyo** el parto de la mujer. Lo importante es que el parto sea de las mujeres, que ellas decidan:

A mí lo que no me gusta de la matronería es las compañeras que hacen el parto de la mujer suyo. No sé si me explico. Creo que la que pare es la mujer, y que yo no tengo que juzgar si se quiere o no se quiere poner la epidural, no es mejor ni peor madre, es su historia.

Algunas mujeres, tras una primera experiencia de parto traumática, logran después un parto respetado, con lo que se empoderan y en cierto modo esto ayuda a sanar la herida, como *Kalí*:

Y con la segunda fue muy distinto el embarazo, yo iba súper preparada, estuve con un grupo de autoayuda por lo mal que lo pasé, entonces yo iba súper preparada y sabía que mi mente... tenía que estar preparada mentalmente para poder parir, de hecho ahora... o sea, yo no he estudiado ninguna carrera ni nada, pero yo sé que tiene que ver mucho el estado mental, cómo estés para parir. [...] Mi segundo parto no es fruto del amor entre mi marido y yo, sino que es fruto del trauma que viví y del poder de ese trauma, o sea, yo me quedé embarazada por amor y por poder parir, y por empoderarme, y por decir «yo sí puedo parir,

y puedo parir a mi hija, y puedo criarla y puedo darla de mamar», fue sanador totalmente.

Sayenas no entiende por qué no se le da el valor que merece a los partos respetados:

Algunas veces no entiendo cómo algo que se ve que es bueno... ¿pero por qué no lo implementan ya en todos los hospitales, por qué no dan esa opción en todos los hospitales? No sé, hay veces en que creo que hay parte que todavía no entienden que lo importante es la mujer en el parto, no el ginecólogo, que lo importante es la mujer que está pariendo, que no se trate como si fuéramos un animal, una vaca pariendo un ternero... no, no, es una mujer pariendo a su hijo, ¡es tan importante!

Leia, sin embargo, se sintió poderosa en ambos partos:

Que ambos embarazos, partos y puerperios me han parecido enriquecedores, me han hecho crecer, me han ayudado a empoderarme, a conocer mi cuerpo y mi sabiduría de mujer y me han permitido conocer a las dos personas que más quiero. Me han traído a un camino de transformación, de acompañamiento de dos criaturas desde el amor y el respeto, me permiten darles raíces y alas.

Y *Gloria* opina que:

Porque es que es una cosa de la hostia lo que hace una mujer cuando está pariendo, es impresionante, así que cómo no va a empoderar, eso debería ser lo normal, lo que es anormal es que te desempoderen, como les ocurre a la mayor parte de las mujeres, que salen con menos confianza en su cuerpo, en sí mismas... después de un parto hospitalario. Es que parir me parece que no tiene comparación, no hay ninguna otra... se me ocurre compararlo con gestas deportivas, pero son tan banales comparadas con traer una vida al mundo... y aun así después de correr unos kilómetros te sientes como dios también, todo endorfínico y contento...

Los sentimientos negativos (miedo, soledad, incertidumbre, frialdad y trato impersonal, prisa, sensación de maltrato, humillación) muchas veces acaban confluyendo en la **sensación de parto robado**: cicatrices físicas y emocionales que afectan a las mujeres en el postparto, el puerperio y en futuros embarazos, que les dejan un mal sabor de boca al que muchas veces no saben poner nombre. La invisibilización de las prácticas inadecuadas es tan enorme que resulta extremadamente común que incluso las madres experimenten culpabilidad (ver punto 5.6.5) por no sentirse felices, por notarse desubicadas sin comprender realmente qué sucede: «si mi bebé está bien, ¿por qué yo no?»

5.2.4. Planes de parto

Para asegurarse un parto respetado, las mujeres embarazadas pueden hacer uso del denominado «plan de parto», del que ya hablamos en el apartado 2.2.3.3. Se trata de un documento que, dado que no todos los hospitales atienden de igual forma los partos (a veces, depende incluso del equipo que toque en ese momento), permite que las gestantes expresen sus preferencias sobre cómo deben transcurrir. Allí se dirá si quieren o no epidural, episiotomía, rasurado y enema, en qué posturas desean parir, por quién(es) quieren estar acompañadas, etc. También, se indicará cómo deben transcurrir los días de hospitalización, o si no quieren que se lleven al bebé en ningún momento, por ejemplo. En la página del Ministerio de Sanidad ya es posible descargar un modelo de plan de parto basado en la *Estrategia de Atención al Parto Normal*. Se recomienda elaborar este plan a partir de la semana 28 de gestación y entregarlo en el servicio de atención al usuario del hospital donde se vaya a parir, conservando siempre copia sellada del mismo. De todas formas, en España, hoy por hoy, el hecho de que la futura madre presente un plan de parto suele poner en guardia a los profesionales de los hospitales que ven cuestionado su buen hacer profesional y la mayoría de las veces no se respetan los deseos de las madres (OVO, 2017: 7), con lo que todo se queda en papel mojado. Por ello, las asociaciones de usuarias siguen intentando ejercer presión social para que se respeten los planes de parto, para que dejen de tratarse embarazo y parto como estados patológicos y necesitados de medicalización e intervención protocolaria, para que disminuyan drásticamente los casos de violencia obstétrica... y en el caso de que no sea así, para que las leyes protejan a las usuarias (ver apartado 2.2.), permitiendo una penalización real de quienes han vulnerado gravemente los derechos de éstas.

HOSPITAL:		Plan de Parto y Nacimiento	HOSPITAL:
HOJA DE REGISTRO HOSPITALARIA SOBRE PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO			
Nombre: _____ Nº Historia clínica / Nº Seguridad Social: _____ Desea estar acompañada por: _____			
ATENCIÓN AL PARTO			
Desea usar su propia ropa	<input type="checkbox"/>	No desea canalización IV nutritiva	<input type="checkbox"/>
Elección del lugar y posición durante el parto	Uso de material de apoyo para el parto: Del centro Propio (Especificar) _____		
Participación del acompañante/pareja:	Necesidades específicas en caso de discapacidad:		
Desea su participación No desea participación	<input type="checkbox"/>		
No desea analgesia farmacológica Desea analgesia epidural Desea otros tipos de analgesia Especificar:	<input type="checkbox"/>	Desea que su pareja corte el cordón	<input type="checkbox"/>
Ha autorizado la donación de cordón			
MULTICULTURALIDAD E INMIGRACIÓN			
Idioma principal: Otros idiomas que domina:	Requerimientos específicos:		
Solicita traducción Aporta traductora:	<input type="checkbox"/>		
ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO			
Profilaxis Vitamina K IM Vacuna Hep. B	<input type="checkbox"/>	Preferencias sobre el contacto piel con piel y participación del acompañante:	
Lactancia Desea dar el pecho No desea dar el pecho Desea contacto con grupos de apoyo	<input type="checkbox"/>	Desea realizar cuidados e higiene	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Desea la colaboración de su pareja	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Desea que su pareja realice los cuidados	<input type="checkbox"/>
Observaciones e indicaciones recogidas en el Plan de Parto y Nacimiento o expresadas por la gestante, no recogidas en la tabla anterior: 			
Observaciones de la matrona que revisa y registra el Plan de Parto y Nacimiento: 			
Indicaciones para la cumplimentación de este registro: <ul style="list-style-type: none"> - Pregunte al ingreso de la gestante si ha realizado un Plan de Parto y Nacimiento. - Revise junto con la mujer y su pareja o acompañante los aspectos recogidos en el mismo, adarando cualquier duda. Modifique en su caso cualquier cuestión sobre la que haya podido cambiar de opinión y hágalo constar en este documento. - Registre los principales aspectos recogidos en el Plan de Parto y Nacimiento entregado, marcando con una X la casilla correspondiente. En su caso describa aquellas opciones sobre las que hay respuestas escritas y haga las observaciones que considere pertinentes. - Adjunte este documento a la historia clínica para su revisión por los/las profesionales que atenderán el parto. 			
Plan de Parto y Nacimiento. Hoja de Registro Hospitalaria. REVERSO			

Figura 5.7. Modelo de plan de parto.

Además, los planes de parto aún no son del todo conocidos por muchas personas, y también existe cierta sensación de que no los aceptan con facilidad en muchos lugares.

Porque yo fui a la gimnasia ésa prenatal o como se llame, lo que vas con una matrona y haces esa gimnasia, y ahí nos explicaban un montonazo de cosas, pero no nos explicaron lo del plan de parto, que a mí eso sí que me habría gustado, yo habría dicho que me lo pusieran encima, eso sí que me da mucha rabia que no lo pueda haber hecho... Eso de la niña, al pequeño es que casi ni me lo enseñaron. No tengo ni idea de si sirven, es que no sé de nadie que haya presentado un plan de parto.

(Happymoon)

He oído hablar pero aquí no te los aceptan. Yo no me lo planteé porque en mi problema... yo es que soy multialérgica, como tengo tantos problemas de alergia, con el látex, con todo lo demás, como tengo los problemas míos de la coagulación, de lo de la sangre y lo demás, entonces yo dije «bueno, mira, así como quieran trabajar». Sí conozco a gente que ha querido hacerlo de una manera y al final no han podido.

(Jable)

A nadie que llegó a presentarlo en mi entorno se le ha cumplido, o no del todo, eso es lo que las mamás que me han contado, que han presentado plan de parto, que es vergonzoso, desde luego.

(Txu)

Algunas mujeres piensan que hoy por hoy o no sirve de mucho entregar un plan de parto o que depende del profesional que atienda: de nuevo, el factor azar. *Chos* piensa que, si hubiera entregado el plan de parto, habría sido directamente equivalente a «declarar una guerra». *CrisVR* quiso entregar un plan de parto, pero el ginecólogo lo recibió con tal sorpresa, como si nadie se lo hubiera solicitado antes, que finalmente no se atrevió a entregarlo. *Candela* resalta cómo depende de con quién te toque, así se cumplirá o no:

Ella no supo decirme dónde presentarlo ni nada, se ve que no era lo habitual, se ve que no se había hecho muchas veces, ella me dijo como que lo lleváramos directamente el día del parto, y lo llevamos y hablamos con la matrona que me iba a atender, y bueno, que sí que dentro de que ya había oxitocina sintética y tal, que sí procurarían cumplir lo que pudiera, por decirlo así. Sí creo que sirve, pero bueno, te sirven dependiendo con quién te toque, es lo de siempre.

Esa sensación de que **todo depende del azar**, de que no está asegurado el cumplimiento del plan de parto «a menos que te toque un profesional que esté por la labor» está presente en las reflexiones de muchas madres. También relatan cómo da igual presentar un plan de parto si el hospital tiene sus propios protocolos que van a priorizar sobre dicho plan de parto y sobre las recomendaciones de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*. *Sayenas*, por ejemplo, dijo que da igual presentar un plan de parto en un hospital muy intervencionista, porque no le harían ningún caso. *Cumbia* reflexiona:

Me planteé presentarlo en el segundo, pero vi que podía ir decidiendo también según la marcha, pues digo «bueno, yo veo al llegar ahí y ya está». A ver, también me habían transmitido que los profesionales lo pueden recibir un poco como a la defensiva, y me cortó un poco eso. Yo creo que si ellos están abiertos a seguir la... o sea, tú ya vas allí, «quiero esto, quiero esto, quiero esto», y si en ese momento tienen la predisposición a dártelo, te lo van a dar, o sea que hay que tener el plan de parto previo, si no quieren hacerle caso, no le van a hacer caso, entiendo yo, ¿no? Que tampoco tienen la obligación si no quieren, o si no consideran que lo que pides sea oportuno. A lo mejor tampoco está dentro del protocolo y se escudan en eso. No estoy muy informada, pero probablemente sea así, ¿no?

Hay gestantes que deciden directamente no presentar el plan de parto porque piensan que eso sólo va a servir para que el personal sanitario tome represalias contra ellas.

Además creo recordar que una de las matronas, creo que fue en esa visita, como que... que los planes de parto les pueden sentar mal a los ginecólogos, entonces

es como que casi te... como así indirectamente, te recomiendan que no lleves uno. No sé si sirven o no, pero sé que en el trato suena algo incómodo.

(*Andrómeda*)

Yo estuve leyendo todos los testimonios y las opciones que había pero no me atreví a hacerlo, o sea, no me decidí, no sé si por primeriza, por «ya verás, la vamos a tener con los médicos», no me decidí a hacerlo.

(*Ángela*)

Creo que, en general, por desgracia, sirven de poco, porque creo que todavía el personal sanitario tiene una actitud de superioridad y de «yo sé lo que se va a necesitar en cada momento» y es como, bueno, algunos a lo mejor ni se los miran, y algunos sí se los miran, pero es como «bueno, vamos a intentar hacer todo lo posible para intentar cumplir el plan de parto» cuando ahí tú realmente tú estás manifestando un consentimiento y unas preferencias y creo que no se toman con el debido valor que tienen, o que deberían tener.

(*Júlia*)

Maiai es matrona y opina que a los ginecólogos les suele sentar peor que a las matronas la presentación de un plan de parto:

De los ginecólogos... depende de cada ginecólogo, yo creo que a las matronas no nos molesta recibir un plan de parto, pero como que a los ginecólogos les molesta que les diga lo que tienen que hacer en su trabajo, entonces ellos como que están en otro nivel, los planes de parto no sé si ni los conocen, yo creo que a las matronas les dicen a todas «ah, sí, plan de parto», pero los ginecólogos creo que están menos a favor de que una mujer vaya por ahí con... con sus deseos y expectativas. Creo que es eso.

Matrona Empoderada tiene la sensación de que los profesionales incluso se ensañan con quienes presentan un plan de parto:

Y una cosa que pasa a veces con las mujeres que traen planes de parto, sobre todo las mujeres que son un poco más contundentes y reivindicativas, es que... creo, a mi modo de ver, que sufren un poco de ensañamiento por parte de algunos profesionales, que van como... si pueden fastidiarla, aunque sea... que no se note, pero si pueden fastidiarla, lo van a hacer. Con un comentario, metiendo miedo, haciendo ruido, dando voces, ofreciéndole la epidural recurrentemente si no la quiere, o... haciéndoles algún comentario un poco más hostil.

Mickey Mouse, ginecólogo, observa algo parecido:

Ahora mismo, en casi todos se ven con rechazo... «mira la loca ésta, que nos dice» o «mira, qué se cree, qué está exigiendo», tal... yo creo que es absurdo, yo no lo noto... yo no siento los planes de parto como algo agresivo hacia mí, o algo ofensivo hacia mí, simplemente como algo informativo.

El Cid es también ginecólogo y opina lo siguiente:

¿Cómo me sienta? Inicialmente muy bien, pero no puedo dudar en aclarar exactamente lo que el mismo plan de parto dice. Una cosa es el «deseo legítimo» de toda paciente a intentar lo que ella considera ideal «desde su punto de vista» y más aún estando fuera del propio parto cuando manifiesta sus deseos o preferencias ya durante el embarazo. De esto se deduce que dependiendo del centro, se pueda ofertar o no una atención como la que demandan la paciente y pareja (parto acuático por ejemplo). El resto del desarrollo es casi imposible de predecir.

Indie Matrona compara el plan de parto con una carta a los reyes magos:

El plan de parto es como una carta a los reyes magos, entonces son los deseos de cómo querrías tú que fuera ese día, entonces que está muy bien pero es verdad que luego te lo pueden traer o no dependiendo de las circunstancias, entonces que lo más importante es mantener la seguridad de la díada mamá-bebé pero que en toda la medida que se pueda se va a intentar respetar. Que es verdad que la mayoría de los planes de parto son iguales y que sabemos antes de... conoces a la pareja y ya sabes lo que te va a pedir. Pero a ellos les haces sentir bien llevarlo escrito, entonces en la pública a mí me da rabia, porque en la pública todavía no se cogen, es muy difícil que... y hasta te pueden mirar mal por llevar un plan de parto, «¡me van a decir a mí lo que tengo que hacer como matrona!», no te tienes que sentir agredido en tu trabajo, o sea, simplemente te van a explicar desde su perspectiva de «no soy matrona ni soy ginecólogo» lo que les gustaría, entonces eso sí que me importa que lo sepan los padres, que cuando vayan a la pública, cómo van a recibir el plan de parto, o sea, no saben si lo van a recibir mal o cómo, la situación es así, entonces... bueno.

Algunas mujeres piensan directamente que no sirven de nada, o que no deberían existir como tal:

Es que realmente un plan de parto no debería existir, realmente, y ahora mismo yo te diría que en general no sirven, en general, por lo menos por el conocimiento que tengo yo de esta zona, de Extremadura. En esta zona no sirven, alguna madre que lo ha presentado se ha llevado muy mala respuesta. Es difícil de asumir por el personal sanitario

(Adriana)

Cuando lo planteé me dijeron «bueno, sí, cuando sea el momento del parto tú lo traes y se lo entregas a la persona que esté ahí» y cuando llegué, dije que tenía el plan de parto y... ya no lo tengo, pero estará en la basura. [...] Lo que pasa es que lo veo como un parche, creo que lo que hay que cambiar es la visión del parto, desde la institución, son los que tienen el poder, estamos... como que son ellos los que tienen la capacidad de decidir realmente, en el momento.

(Amanda)

Otras mujeres opinan que el plan de parto también tiene una utilidad como **vehículo de autorreflexión**, y que puede servir para que los profesionales sepan qué clase de persona tienen delante, aunque no se pueda cumplir todo lo que en éste se solicita.

Entonces, yo no cuestiono ni lo del plan de parto creo que les cuestione, sino que te hace ver qué clase de persona tienes enfrente, y qué quiere esa persona sobre todo.

(Lucía)

A mí me sirvió mucho para reflexionar sobre qué tipo de parto quería, para poder compartirlo con mi pareja, para eso me sirvió a mí a nivel personal. Creo que si hubiera dado a luz en el hospital clínico no hubiera servido de mucho, de hecho, cuando hicimos la visita ésa guiada y yo pregunté si tenían un plan de parto, me dijeron que no tenían plan de parto, que ahí dan el del ministerio, pero en cualquier caso que lo leváramos unas semanas antes para que nos dijeran qué podían respetar y qué no. O sea, que un hospital que no tenga un equipo de profesionales que respeten el parto sin plan de parto... yo creo que no vale de nada.

(Emma)

Hay quienes tienen la sensación de que los profesionales directamente **no se leen** los planes de parto. Besly piensa que lo mejor es tener claro qué se desea y qué no, pero que el plan de parto no se lo va a leer nadie. *Lola* me cuenta:

Yo en un momento dado le dije a la comadrona «¿pero alguien se va a mirar el plan de parto?» y re rieron.

Gloria opina que presentar un plan de parto es importante, porque eso hará que las cosas vayan cambiando poco a poco. Es una manera de reivindicar el derecho a decidir sobre nuestra propia salud, a exponer que resulta imprescindible tener poder de información y de decisión en un momento tan trascendente:

En el primero no, en los otros dos sí, aunque yo pensaba parir en domicilio, yo en los hospitales de mi ciudad presenté por activismo. Pufff... sí, yo creo que sí sirven, porque van creando conciencia en los profesionales y en los hospitales, aunque la mujer en particular no tenga un rendimiento inmediato, sí van abriendo camino, me parece que eso en sí mismo es importante.

Luna, matrona, también comenta que es muy importante que las mujeres presenten un plan de parto:

Los planes de parto son un documento legal de voluntades anticipadas y es un derecho de cada mujer el presentar su plan de parto, y es muy importante que lo hagan, porque es el lugar donde ellas especifican sus preferencias, y como muchas veces no sabemos quién nos va a atender en un hospital, pues al menos dejas por escrito lo que quieras y lo que no quieras, y esto debería ser cumplido a excepción de que ocurriera una emergencia, o sea, no debería haber excusa.

El problema, según *Maicha*, es que si en el hospital no están obligados a aceptarlos, si no hay una obligación real, la atención obstétrica no va a cambiar.

Yo pienso que es importante pero tienen que estar receptivos, u obligados de alguna manera, a aceptarlos, porque si no hay obligación... van a seguir las cosas así, y eso hay que cambiarlo.

A *Nessi* le dijeron que no hacía falta presentarlo, pero ella opina que debería hacerse:

En el tercer parto, cuando entré por la puerta de urgencias dije que llevaba un plan de parto, pero me dijeron que no hacía falta, que con lo que yo dijera era suficiente, o sea, que no hacía falta el documento escrito, o sea, con comentarlo en cada momento era suficiente, y así fue, no tuve que presentarlo. Yo creo que sí, yo creo que es importante tener un plan de parto, y yo creo que los hospitales lo deberían favorecer, cuando se hagan las visitas ginecológicas, o la matrona, deberían dar información.

Sin embargo, a *Sfg* sí le dejaron presentarlo.

Sí. En los dos casos, presenté plan de parto, sí. En mi caso, sí sirvieron, en los casos se lo leyeron y trataron de... las cosas que les parecían un poco transgresoras trataron de negociarlas conmigo, sí.

Presentar un plan de parto es también una manera de mostrar nuestras preferencias cuando aún tenemos fuerzas para ello, porque en el momento del parto no deberíamos tener que estar luchando para conseguir que se respeten nuestros deseos (ver punto 5.2.3.1). *Lucía* tiene la sensación de que simplemente entrando en un hospital ya hay que someterse a cierta intervención, y que una vez dentro, la sensación de vulnerabilidad y sometimiento te impide exigir nada:

¿Si sirven? Creo que no. Pero porque creo que una vez que entramos en el hospital se nos cambia la mente. Fíjate. Porque tú vas muy dispuesta, con tu plan de parto y todo, que sea natural, que sea pues como siempre, sin intervención médica, y al final yo creo que una vez que entras en un hospital, es inevitable someterte a una mínima invasión médica. Ya sólo con... aunque no la usen, pero aquí ya te ponen una vía, se supone que es por protocolo por si complicara el parto en algún momento, entonces los nervios, los nervios de ellas, ponerte una vía en ese momento tan atacada, con las contracciones...

Yogui es ginecóloga y expone cómo en su hospital sólo aceptan los planes de parto que cumplen ciertos requisitos:

Los leemos y siempre explicando a la paciente que se va a intentar respetar en la medida de lo posible lo que ella pone en el plan de parto, muchas no entienden por qué tienen que hacer un plan de parto, porque confían en su médico y entienden que va a hacer en cada momento lo que considere que es mejor para ella y su bebé y por lo tanto no lo hacen, lo cual es perfectamente razonable y fenomenal, y otras pues que sí, que prefieren poner por escrito su plan de parto. A mí no me parece mal que lo traigan, siempre y cuando todo sea asumible[...] Entonces, si la paciente entiende que se va a intentar respetar su plan de parto y que en algunos casos pues no se va a poder hacer, porque

nosotros vamos a garantizar en todo momento su seguridad y la de su bebé independientemente de lo que a ella le hubiera gustado... pues fenomenal. [...] ¿Qué la paciente exige determinadas cosas que no son negociables? Pues entonces no la ingresamos y ya está, eso es lo que hay que tener en cuenta.

Mar, matrona, no está de acuerdo con esto último:

Las personas profesionales estamos «obligadas» a cumplir los protocolos, pero las mujeres no, es decir, la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y otras, dan autonomía en las decisiones, por lo tanto si una mujer no desea seguir alguna cosa de los protocolos está en su derecho y las personas profesionales tendrán que respetarlo.

Una vez más, la asistencia está atravesada por el **factor azar**: algunos profesionales recibirán de buen talante los planes de parto y otros no, por lo que presentar un plan de parto es como una lotería, como «una carta a los reyes magos», en palabras de *Indie Matrona*, donde puedes conseguir el parto que deseas... o no. Y eso que según la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, se deberían promocionar los planes de parto (OSM, 2012: 29) y respetar las decisiones que tomen las mujeres dentro del marco de seguridad y calidad de la atención. Sin embargo, vemos cómo existe una enorme disparidad de criterios y opiniones: algunas madres piensan que los planes de parto tienen una gran utilidad, otras que hoy por hoy no sirven de mucho («papel mojado», los llama *Bea*) o que son más bien un parche a lo que debería ser una atención de calidad, y otras no los conocían o no se atrevieron siquiera a presentarlos por miedo a las represalias que pudieran tomar los profesionales al respecto. Como me comentó A. *Gestileschi*, «dicen que hay matronas que les presentas un plan de parto y tienes una enemiga»: el no presentar un plan de parto para no «enfadarse» a los profesionales que van a atender el parto está presente en el discurso de varias madres, porque no quieren aumentar aún más el maltrato que se les pudiera dispensar en un momento tan vulnerable.

5.2.5. Los partos en casa y el valor simbólico de la territorialidad

Parir en casa es una opción perfectamente válida que está adquiriendo cada vez mayor visibilidad. Aún existe mucho desconocimiento sobre cómo funciona, porque los prejuicios de mucha gente impiden comprender que no se trata de una «vuelta al pasado», ya que los adelantos actuales de la medicina y los controles adecuados en el embarazo lo convierten en una alternativa perfectamente lícita. En Holanda, por

ejemplo, hasta el 30 % de los partos se dan en el domicilio y resulta además el país con menor tasa de mortalidad perinatal⁵⁴, hay en torno a un 8 % de cesáreas, un 8 % de episiotomías y la epidural se usa en torno al 10 % de los casos (Long, 2009). Curiosamente, el estado gasta mucho menos dinero en la atención al embarazo y parto y la satisfacción general es, como media, mucho mayor.

Un parto normal en domicilio cuesta un 68 % menos que en el hospital, ofreciendo además los partos iniciados en casa una mortalidad intraparto y neonatal más baja y una menor tasa de cesáreas (Anderson y Anderson, 1999).

Los partos en casa son tan seguros como los hospitalarios, siempre y cuando se realicen bajo la asistencia de un profesional médico cualificado (matrona, ginecólogo), cuando el embarazo sea de bajo riesgo, y cuando el domicilio no esté a más de media hora del centro hospitalario más cercano, por si se produce alguna emergencia.

Según el doctor Wagner (1989), ex comisario de la OMS en salud reproductiva, la disminución de la mortalidad materno-infantil en los partos occidentales no se debe a que éstos se realicen en hospitales en su mayoría, sino a otros factores como una mejor nutrición, una mayor salud en las mujeres, y unas mejores condiciones de higiene. En un parto en casa no se dará la cascada de intervencionismos propia de un hospital, con lo que los riesgos de sufrir complicaciones, de partida, son ya mucho menores. Sólo el 4 % de los partos en casa terminan en cesárea y sólo el 1 % necesita de fórceps o ventosas: diferentes estudios (Tew 1985 y 1990, Campbell y Macfarlane 1987, Olsen 1997...) apuntan a que el parto en casa puede considerarse tan seguro como el parto hospitalario en gestantes con bajo riesgo, pero estas mismas mujeres de bajo riesgo en el hospital estarían sometidas a mayores complicaciones a causa del exceso de medicalización e intervencionismo.

Las perspectivas críticas van más allá: estas mismas investigaciones (Tew 1985 y 1990, Campbell y Macfarlane 1987; Olsen 1997) apuntan a que los partos hospitalarios incluso han podido aumentar la morbilidad de madres y bebés, y no existe por lo tanto según estos autores evidencia de que sea más seguro parir en un hospital. Según ellos,

⁵⁴ Perinatal: término que se emplea para referirse a todo lo inmediatamente anterior o posterior al nacimiento del bebé, desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana tras el parto aproximadamente.

intervenir los partos de bajo riesgo de forma sistemática aumenta considerablemente el peligro de complicaciones.

Igualmente, en el año 2010 se publicó un metaanálisis de estudios (Wax *et al.*, 2010: 243) que comparaban partos planificados en casa con partos planificados en hospital entre mujeres sanas, de bajo riesgo, en países desarrollados (EEUU, Reino Unido, Australia, Suiza, Holanda, Suecia, Canadá). No se encontraron diferencias en mortalidad perinatal ni en mortalidad materna.

Por lo tanto, el parto en casa es tan seguro como el parto hospitalario, siempre y cuando se cumplan los requisitos de seguridad antes mencionados, pero sin los inconvenientes y los protocolos ritualizados de los hospitales. Hoy por hoy, al contrario que en otros países, el sistema público español sólo incluye el modelo de parto hospitalario en su cartera de servicios, con lo que el parto en casa no está cubierto, así que tendrá que ser costeado totalmente por la madre, y su precio oscila entre los 1500 y los 4000 euros. Todo un lujo que pocas personas se pueden permitir.

El Equipo Educer (profesionales que atienden partos en casa en Alicante) publicaba hasta hace pocos años un informe llamado *Observatorio del Parto en Casa en España*, cuyo objetivo era poner a disposición de profesionales, familias e instituciones, información veraz, contrastable y actualizada sobre la práctica del parto en casa en España. Según estos informes (Educer, 2014: 3), en 2013 la cifra probable de partos en casa en España fue de uno de cada 500, siendo Cataluña la comunidad autónoma donde más se eligió esta opción (en Girona, por ejemplo, uno de cada 140 partos transcurre en el domicilio).

► Partos programados en casa, por comunidades
Datos de 2013

	Total partos	Partos programados en casa (estimaciones)		% de partos programados en casa respecto al total de partos (estimación media)
		Máx.	Min.	
Cataluña	70.703	389	318	0,50
Navarra	5.893	25	19	0,37
País Vasco	19.025	73	54	0,33
Cantabria	4.587	13	8	0,23
Canarias	15.508	36	20	0,18
Aragón	11.145	24	13	0,17
Baleares	10.273	22	12	0,16
Galicia	19.471	39	20	0,15
Andalucía	80.507	149	68	0,14
C.-La Mancha	16.345	31	15	0,14
C. y León	17.176	31	14	0,13
Madrid	66.621	120	53	0,13
Murcia	15.887	28	12	0,13
Melilla	1.792	3	1	0,12
Asturias	6.665	10	3	0,10
C. Valenciana	43.424	59	16	0,09
Extremadura	8.702	9	0	0,05
La Rioja	2.909	3	0	0,05
Ceuta	1.366	0	0	0,00
TOTAL	417.999	1.064	646	0,20

► Legislación en Europa en 2014

Solo se indica el % de partos programados en casa si es mayor del 1%



Fuentes: Mapa del parto en casa en España (Educer), Euro-Peristat 2010, Tribunal Europeo de Derechos Humanos 2014 y elaboración propia.

EL PAÍS

Figura 5.8. Distribución de los partos en casa en Europa (Gosálvez, 2014).

Así, aunque aún estamos muy lejos de las cifras que se dan en los países escandinavos, la asistencia del parto en el domicilio es una posibilidad cada vez más conocida y que poco a poco va haciéndose un hueco como una opción no sólo válida, sino segura y muy respetuosa. Según la comadrona Cristina Triviño, «el parto en casa es una opción imprescindible, necesaria, válida y segura» (Velasco, 2016). Y además, «en aquellos países en que el parto tiene lugar en la propia casa, los porcentajes de depresión descienden a un 16 % frente al 60 % de los casos en que se ha realizado en un hospital» (González de Chávez, 1993: 92).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, una de las máximas autoridades mundiales en cuestiones obstétricas, publicó en abril de 2017 (ACOG, 2017) una nota acerca del parto en casa, donde reconoce que estudios recientes aportan información fiable según la cual en los partos en casa las mujeres sufren menos intervenciones, menos desgarros vaginales y una menor morbilidad infecciosa materna. También indica lo importante que resulta que los sistemas de salud integren los partos en casa, como ya sucede en países como Noruega, Reino Unido, Dinamarca, Australia u Holanda,

porque según la ACOG, las mujeres deben de ser libres de decidir qué tipo de parto desean. Estas afirmaciones suponen un absoluto avance respecto a años anteriores.

En cualquier caso, según un metaanálisis publicado en 2010 comparando partos planificados en casa con partos planificados en hospitales (en mujeres sanas y de bajo riesgo, en países desarrollados), no se encontraron diferencias en mortalidad perinatal ni en mortalidad materna (Wax *et al.*, 2010). Aunque en un hospital es más sencillo solucionar una complicación, en un parto en casa surgirán menos complicaciones, porque se evitarán las cascadas de intervenciones.

Covicheira es matrona y opina que existe un perfil de mujeres que deciden parir en casa.

Suelen ser mujeres que tienen mucha responsabilidad en la toma de decisiones, que tienen mucha confianza en su cuerpo, que se escuchan mucho, que sienten mucho, que ven el embarazo como algo normal, que se sienten sanas, fuertes, con capacidad de decisión, que no quieren ir a un sitio y entregarse. Y luego otro perfil muy frecuente es que hayan tenido un primer parto hospitalario con una mala experiencia, pues un caso de violencia obstétrica como decíamos antes, o sin llegar a ser violencia obstétrica, que vivieron esos protocolos rígidos, o en ocasiones pues la separación de sus bebés, eso es algo que marca tremadamente, la separación de sus bebés por nada grave, sino por observación de más... no quieren separarse más de su bebé, eso es algo que marca para buscar también un parto en casa.

La matrona *Luna* dice algo similar:

El perfil de las mujeres que deciden dar a luz en casa... son mujeres de clase media-alta que tienen estudios superiores y están muy, muy, muy bien informadas de todo el proceso.

Y también la matrona *Mar*:

La gran mayoría son mujeres muy formadas e informadas, que tienen claro lo que quieren o no, la gran mayoría con nivel universitario. Diría... no existe un perfil, o sí, sí son mujeres informadas y formadas. Muchas veces, se hace o se ha hecho una referencia estigmatizadora de «hippies», pero no es así, tenemos mujeres de todos los ámbitos, más bien diría, más de «clase alta».

El matrón *Jjj* destaca que desde luego no son «unas locas»:

Si alguna característica se puede destacar es que son mujeres muy informadas. Son personas que han buscado un montón de información en muchos y diversos ámbitos. Desde luego NO SON unas locas como las han intentado definir en ocasiones, ni unas irresponsables. Son mujeres que se han informado sobre el proceso de nacer y de parir para el cual están naturalmente dotadas, que conocen y buscan conocer el inmenso potencial que su cuerpo les ofrece.

Maiai, matrona, resalta sobre todo el perfil del segundo parto en casa por una primera experiencia en un entorno hospitalario poco satisfactoria:

Las que paren por segunda vez en sus casas es porque han recibido un fuerte trauma en su parto anterior... y buscan eso, sanarse a sí mismas a través de su segundo parto... no sé si es un deseo casi involuntario, el hecho de buscar esa segunda oportunidad para comprenderse, diosas y poderosas de sus partos, y que ellas están perfectamente preparadas para parir y convencerse, porque el parto anterior no pudieron o no les dejaron hacerlo.

Nessi, pediatra y madre de tres hijos, opina que «yo creo que lo bueno de los partos en casa es que al final eres respetada». Ésa es una de las claves: **la búsqueda de respeto**, de sentir que el parto es tuyo, que las decisiones son tuyas, como en seguida veremos.

Anabel tuvo un segundo parto en casa después de una mala primera experiencia en el hospital, y decidió parir en casa incluso antes de quedarse embarazada. Aun así, experimentó miedo porque ese primer parto había mermado mucho la confianza en sí misma:

Todavía no había decidido quedarme embarazada, pero le dije «si tenemos otro hijo, quiero que lo hagamos en casa», o sea, la decisión de parir en casa fue previa a la decisión de tener otro hijo.

[...] Yo recordaba el dolor del primer parto y yo no sabía si iba a poder llevarlo a cabo, yo creía que sí, yo luché por concienciarme, por cambiar mi mentalidad del miedo, pero yo no sabía si al final, llegados a ese punto, realmente me iba a dejar vencer por el miedo o no.

Covicheira, matrona, explica cuáles son las diferencias entre un parto en casa y uno en un entorno hospitalario:

Las diferencias son abismales, es que digamos que es como un mundo aparte, en un parto en casa la mujer es la protagonista, la mujer y su pareja, la pareja tiene un papel importantísimo en casa mientras que en el hospital, aunque cada vez se le da más importancia, pues se suelen encontrar más desubicados y no encuentran tanto cómo ayudar. La mujer decide, la mujer marca los ritmos, la mujer se pone en la postura que quiera, tiene siempre el mismo apoyo, el mismo apoyo que ha conocido ya durante el embarazo... lo que hablábamos, es una tranquilidad para ellas conocer a la persona que va a estar con ellas durante el parto, está en su casa, se siente segura y libre para manifestarse como quiera, hablar, gritar, estar en silencio (se ríe), poner música, moverse libremente por la casa... entonces es un poco un abismo.

El matrón *Jjj* explica por qué le gusta atender partos en casa:

Lo que más... sentirme invitado al nacimiento de un ser humano, compartir ese instante sagrado, único, facilitar crear el ambiente, el entorno para que nazca en libertad, recibido por su madre, que se haga el silencio y pueda escuchar su

corazón para re-conocerla para luego empezar a respirar sobre su pecho, a lamerla y a percibirla por los sentidos corporales. A crear el sustrato de confianza y amor sobre el que posteriormente construirá su personalidad y carácter.

Así, uno de los puntos clave es el **aspecto simbólico de la territorialidad**: el territorio no es una realidad constituida fuera de la historia y las prácticas de los sujetos, sino que se trataría de una realidad creada a partir de la apropiación y representación que las personas hacen del espacio (Raffestin, 1980).

La territorialidad simbólica se vincula con categorías de representaciones territoriales estructuradas, articuladas y en acuerdo con una lógica interna. Los territorios simbólicos están marcados por la cosmovisión, por las prácticas rituales, la mitología y los lugares sagrados que llegan a ser emblemas territoriales e identitarios y esto en sí es el territorio cultural, su espacio es la urdimbre de representaciones, concepciones y creencias de profundo contenido emocional (Mendiola Galván, 2008: 26).

Por lo tanto, cuando estás en tu propio entorno, no te sientes agredida, las reglas son las tuyas, y eso psicológicamente supone una diferencia entre cómo funciona un parto en «tu propio territorio» frente a cómo funciona en «el territorio de los otros». Es lo que comenta la matrona *Luna*:

La diferencia más grande que existe entre la asistencia en casa o en el entorno hospitalario es la autonomía de las matronas, que va de la mano de la autonomía de las mujeres. En casa es donde las mujeres pueden ejercer al máximo su autonomía... y las matronas también.

El territorio está además íntimamente relacionado con el **locus de control**, que hace referencia al grado en el cual las personas sienten que tienen o no el control sobre los acontecimientos que influyen en sus vidas. Así, el locus de control es la creencia de que los resultados de los actos de una persona son contingentes con lo que hace (orientación interna de control) o con factores ambientales (orientación externa de control) (Gerrig y Zimbardo, 1985: 384). El matrón *Jjj* hace referencia a la importancia de este locus de control en el parto en casa:

En el hospital el locus de control está fuera de la mujer, en casa es la propia mujer empoderada sobre su vida y sus actos la que guía al profesional, no desde la imposición sino desde la empatía.

Andrómeda se imagina ese «nido» que supone la seguridad de tu propio hogar también de cara a los días de hospitalización postparto:

Cuando pienso en parir en casa, lo que sería parir en casa, lo que me viene más es «das a luz y estás en tu casa», o sea, no tienes ni enfermeras, ni estás en un sitio extraño, ni visitas, estás en tu casa... O sea, para mí eso es fundamental, o sea, que los dos primeros días de vida tener que estar ahí me parece horrible.

El valor simbólico de la territorialidad y el locus de control pueden observarse en las dinámicas de partos hospitalarios, pero justo al revés: muchos partos hospitalarios se paran a causa del miedo y el estrés, como comenta *Sfg*:

Yo creo que cuando llegué allí algo en el cerebro se bloquea, empiezas a ver máquinas y demás y siento que se me paró, habría ido al día siguiente probablemente.

Las endorfinas son péptidos que se segregan en la hipófisis. En el momento de realizar un gran esfuerzo, como al practicar un deporte o en el trabajo de parto, se estimula la hipófisis, por lo que producirá endorfinas que actuarán en los receptores que alivian el dolor en el organismo, mediante un efecto calmante y sedante y una sensación de bienestar. Además, la respuesta del cuerpo a la oxitocina endógena (no artificial) es aumentar las endorfinas para que se reduzca la sensación de dolor: cuando las contracciones del útero se hacen más largas y fuertes, se emiten más endorfinas. El problema es que tanto la producción de endorfinas como la de oxitocina endógena se inhibe con facilidad por la hormona del estrés: **la adrenalina**. Es decir, cuando una mujer tiene miedo o estrés, producirá adrenalina, y ésta impedirá que el cuerpo segregue endorfinas para una analgesia natural y oxitocina para producir contracciones. Por eso resulta común que a muchas mujeres se les pare el parto al llegar al hospital: el cuerpo se engarota, bloqueando la emisión de endorfinas (Harper, 1996).

Anabel cuenta cómo se sintió durante su parto en casa, cómo empodera el sentirse capaz, cómo se recupera la confianza en una misma después de haberse sentido anulada en una primera experiencia.

Lo mejor del parto fue la sensación brutal de endorfinas, supongo, que tienes de pronto cuando ya ha nacido, ha terminado la intensidad ésa, y le tienes en brazos, y lo coges... y lo hueles... y dices «¡lo he hecho!» y yo sola, y ya está, y estamos aquí, y en casa... Es que fue una sensación tan satisfactoria y tan placentera...

Júlia cuenta algo parecido:

Las consecuencias de esa violencia fueron pues todo un postparto muy malo, después también seguramente influyó en que el segundo parto tuve ese

momento de crisis de «es que no voy a poder», y por suerte el segundo parto sí que parí en casa y esto me recuperó un poco, ¿no? Este creer en ti, «no, no, si es que puedo parir».

Indie Matrona piensa que hay que informar adecuadamente de los riesgos de los partos domiciliarios:

Yo creo que todo el mundo tiene que tener información, pero una información objetiva, que se informen tanto de lo positivo del parto en casa como de lo negativo, o sea... en fin, que a veces se radicaliza mucho en ambas líneas. Entonces el que no sepan me parece negativo, tienen que saber, pero tienen que saberlo todo.

Jjj es una de las primeras matronas varones en España, ha atendido partos domiciliarios durante varias décadas, y opina que es normal como profesional tener siempre cierto miedo:

Creo que cualquier persona que acompaña en este «umbral» de la vida lo habrá experimentado en más de una ocasión. Todos sabemos que aunque un parto transcurra con absoluta normalidad un bebé se deprime después de nacer sin que encontremos ninguna razón que nos lo explique. Es muy infrecuente, claro está. Es muy raro que ocurra, pero alguna vez pasa. En hospitales y fuera de los hospitales. Hasta que el bebé no está firmemente «enganchado» a la vida, mientras que su sistema circulatorio no ha culminado las transformaciones y adaptaciones para la vida extrauterina, mientras no respira y se mueve con vitalidad encima de su madre, mi (nuestro) corazón está latiendo a todo trapo. Pero sabemos que nacer es fisiológico y que esto que describo entra dentro de la patología y nuestra especie ha nacido así desde nuestro origen en la tierra. Por tanto no debemos condenar a la totalidad de los seres humanos a nacer de una manera «controlada» donde se les somete al clampaje prematuro del cordón, a la exposición a sustancias como la oxitocina sintética, a los anestésicos de la epidural cuando no son estrictamente imprescindibles.

Maicha cree que si las personas huyen de la seguridad de un entorno hospitalario es precisamente porque el miedo a la violencia que se pueda ejercer ahí es más poderoso que esa supuesta seguridad que ofrece el hospital (el poder atender las emergencias con mayor celeridad):

Prefería parir en casa, y... ¿por qué se prefiere parir en casa? Las matronas, las doulas... ¿por qué las mujeres buscamos salir fuera del sistema sanitario? Yo pienso que cualquier mujer preferiría parir dentro del sistema sanitario, con la tranquilidad que te aporta el hospital, pero con un buen trato... ¿por qué te hacen parir fuera de ahí? Porque quieres un buen trato, yo pienso que en general será por eso.

Maiai es matrona y aún no tiene hijos, pero le llama la atención cómo sus propias colegas cada vez deciden más a menudo tener a sus bebés en sus domicilios:

Si todas mis amigas matronas han parido en sus casas es porque no quieren parir en el hospital y porque puedes parir en tu casa y puedes aguantar ese dolor y porque ese dolor te satisface y porque quieres parirlo y es tu decisión... y claro, veo que todas mis amigas paren en su casa, digo «por algo será». Vamos, de éas tengo ocho al menos.

El problema es que parir en casa no está al alcance de todos los bolsillos. *Maicha* quiso tener un parto en casa pero no se lo podía permitir:

Me informé para parir en casa con matrona, pero se me salía del presupuesto... tenemos cinco niños pero no somos una pareja pudiente, somos clase media normalita. No podíamos, no era algo asequible.

Civita se está planteando que, para un próximo embarazo, le gustaría intentar parir en casa:

Yo lo que he pensado es que me gustaría probar un parto en casa, o sea, yo intentaría elegir la opción de parir en casa, si todo fuese normal.

A veces, los partos en casa vienen por sorpresa, así que acaban convirtiéndose en partos sin asistencia sanitaria hasta que llega la ambulancia posterior. Es lo que le pasó a *Nausicaa*, que no quería parir en su domicilio, pero que no llegó a tiempo al hospital, y pasó miedo durante el proceso. Se trataba de su tercer parto, y fue todo tan deprisa que no pudo moverse de casa:

Yo creo que el problema es que... esto se hace así, así o así, pero... ¿por qué? Si nadie te explica el porqué, pues es más difícil, pero si alguien te razona por qué se hacen las cosas, pues las puedes compartir o no, también, claro, al final el personal sanitario tiene más experiencia, igual que yo he tenido la sensación al ir al parto de que para ellos es el pan suyo de cada día, para lo bueno y para lo malo, para tratarte a ti como a una más pero también para saber qué es lo que hay que hacer en cada momento, yo por ejemplo... yo he parido en casa y fue todo bien, pero de pensar que podría nacer con alguna complicación y no sabes qué hacer, la ambulancia tardó siete minutos pero ya está la muchacha fuera, y al final en esa situación un minuto es super importante.

[...] El tercero yo rompí aguas, y desde que rompí aguas, o sea, intenté... «vamos al hospital, un momento, me ducho, y me visto» y ya no pude vestirme, porque además también conoces las sensaciones. O sea, cuando notas que... tu cuerpo te pide empujar, no te pide ponerte el pantalón.

Adriana sí quería parir en su casa, pero también tuvo un parto tan rápido, que la matrona no llegó a tiempo: «Lo peor... ¡que la matrona no llegara a tiempo, porque parí sola!».

Los prejuicios que aún existen en torno al parto domiciliario (identificar a las mujeres como «hippies» o «locas» insensatas que quieren huir de la medicina y volver al pasado sin pensar en sus consecuencias, poniendo en peligro a sus bebés en esta «locura») son

el motivo de que muchas mujeres decidan no comunicar su decisión a sus propias familias, por miedo a ser juzgadas o criticadas. Por ejemplo, *Adriana* intentó un primer parto en casa que no salió bien, así que para el segundo prefirió no decírselo a sus familiares:

No lo comuniqué a la familia, también por un comentario que hizo mi hermana nada más salir yo del paritorio, mi hermana la mayor no se le ocurrió otra cosa que decirme «¿ves como no podía ser?», o sea, se había estado callando su opinión durante todo el embarazo, y cogió y me lo espetó nada más salir del paritorio.

Clara es brasileña y decidió no contarle nada a sus padres:

En Brasil la gente tenía un conflicto muy grande con el tema de parir en casa, no se sabe mucho, iban a intentar hacerme echar hacia atrás, entonces yo no se lo he dicho a nadie de mi familia. En Brasil, en algunos hospitales las cesáreas llegan al 90 %. Y hay un movimiento ahora de gente que está intentando naturalizar el tema del parto, pero todavía es muy incipiente, o sea que hasta que lleguemos a una situación más razonable... Y en el hospital hay un tema que siento... que por más que sea respetuoso el hospital y esto, yo siento que hay más presiones, que hay como más un tema de... que hay más protocolos, y a mí esto me daba miedo, me daba miedo que me saliera mal el parto por protocolo, ¿sabes?

La madre de *Leia* se enfadó muchísimo cuando ésta parió en casa:

Mis padres no lo sabían, porque un día les dije que estaba pensando parir en casa, y se puso a gritar mi madre que era una loca, que prefería que la mintiese, entonces es lo que hice, pues la mentí, y al día siguiente de parir, yo la llamé, le dije «ya ha nacido el niño», tal, no sé qué, y se enteró de que había parido en casa y estuvo cinco días sin hablarme, así que bastante mal. Es un tema muy tabú, no se puede hablar del parto en casa con mis padres. Con mis hermanos, mis tíos... lo sabían todos. Hubo tíos más que me dieron hasta dinero para el parto. Pero mis padres... muy mal.

Estos mismos prejuicios pueden darse entre el personal sanitario. Muchas madres, al intentar un parto en casa que no progresa, deciden trasladarse a un centro hospitalario, pero no siempre son bien recibidas. *Adriana* tenía mucho miedo de ese juicio en el hospital:

Tenía miedo en el primer embarazo de acabar en el hospital y que pensaban «esta tía viene de su casa como una loca, como una inconsciente», o sea, me daba más miedo el qué dirán de la llegada del hospital que realmente lo que pudiera pasar luego.

Es decir, lo que más le asustaba era el ser maltratada por haber intentado un parto en «otro territorio» distinto al hospitalario, por moverse de un territorio propio a un territorio ajeno:

En el primero no era un miedo a lo que pusiera pasar en el parto, que pudiera contener una consecuencia fatal, sino a la reacción que tuvieran en el hospital por llegar yo.

Clara quiso un parto en casa desde el principio, pero éste se retrasó y tenía mucho miedo de no conseguirlo y tener que pasar por una inducción:

Me daba miedo que algo saliera mal, me daba miedo y frustración que mi hija no saliera antes de la semana 42 y me tuvieran que inducir el parto, para mí era como un bajón tremendo, de hecho he llorado y todo lo que te imaginas, me daba miedo ir al hospital y que terminara en una cesárea, porque para mí era como si fuera un sinónimo, ir al hospital, habría una probabilidad de cesárea, para mí, ¿eh?, muy grande. Porque ya pensaba «si me van a inducir, hay un gran, gran porcentaje, de posibilidades, de que termine en una cesárea», y era todo lo que yo no quería, una cesárea como último recurso no me parecía mal, pero me parecía que ir al hospital era como por sus protocolos y sus rigideces, terminar en cesárea casi seguro, no sé, tenía esa sensación.

Gloria tenía también algo de miedo de este juicio en el hospital, aunque no era lo prioritario para ella:

Un poco, pero tampoco mucho, no me condicionó, porque es verdad que sabía que puede ocurrir, que hay un porcentaje de partos que terminan en hospital, pero en ese caso entendí que necesitaría el hospital, así que bienvenido sería, me preocupaba que eran unos hospitales muy intervencionistas, y además en los que había dado una guerra total, presentando el plan de parto, yo entonces era la coordinadora del grupo local de *El Parto es Nuestro*, con lo cual me conocían, seguro que sabían quién era yo, así que si tenía que ir al hospital pues iba a ser un mal rato, pero si tenía que ir es porque necesitaba un quirófano o una atención sanitaria, y entonces pues de cabeza. No pensé mucho, además yo tengo un optimismo fantástico, y me siento muy confiada en mi cuerpo, y de hecho me ha funcionado muy bien, así que confiaba que iba a ir todo bien, y así fue.

De hecho, ese miedo se convirtió en realidad en el caso de *Júlia*, que tuvo que aguantar burlas y maltrato cuando el personal del hospital se enteró de que venía de intentar un parto en casa:

Y luego en el hospital, como llegamos en medio del parto, bueno, al final, porque era el expulsivo, me acompañaron las comadronas hasta el hospital, ellas hablaron un momento con el personal de allí como para informar de lo que pasaba y mi situación y tal, y claro, se tuvieron que quedar fuera, y a partir de aquí la actitud fue de... fue como de... de absoluto rechazo, ¿no? Un poco de «ahora, mira, nos llega ésta en este estado» (voz de burla), ¿no? Y un poco lo

que yo percibí era como, que claro, como son muy de sus protocolos y sus cosas y de tenerlo todo controlado... claro, les llega una persona que ya estaba a punto de parir, porque estaba en el expulsivo, entonces era como un poco que se les había roto su esquema de todo, entonces todo les parecía mal. Era como un ambiente como muy hostil hacia mí en concreto, que estaba allí, hacia la opción que yo había escogido como de primera opción para mi parto... iban haciendo comentarios hacia las comadronas que atienden partos en casa... o sea, era todo como una constante... Algunas cosas me las decían a mí directamente, de cómo me vienes así, cómo no te has puesto el antibiótico, y después había cosas que iban haciendo comentarios, como si yo no estuviera allí, iban hablando «ay, estas comadronas de los partos en casa», iban como comentando, pero claro, yo lo oía, y era todo como muy hostil, o sea, por ejemplo, pedí la epidural, y el anestesista vino allí como de malas formas, como «uy, llevas un tatuaje» (voz de asco), no diciendo «ay, llevas un tatuaje, a lo mejor me va a costar» (voz sensata). No, era como una bronca porque llevas un tatuaje, ¿no? Cosas así, todo como de malas formas. O sea, nadie me preguntó si estaba bien o que qué quería yo, y por supuesto no me explicaron nada de lo que me iban a hacer, me iban haciendo...

Júlia piensa que si hubiera realizado todo su primer parto directamente en el hospital, el trato habría sido muy diferente:

A nivel de a lo mejor más de trato y así, seguramente sí, yo creo que si llevo a lo mejor toda la dilatación y tal la hubiese hecho en el hospital, a lo mejor me hubiesen hecho lo mismo pero me lo hubiesen a lo mejor explicado diferente o me hubiesen hablado en otro tono... o sea, en ese sentido sí.

Durante su segundo parto, experimentó cierto temor de que le volviera a suceder lo mismo:

Durante el parto, sí que me cogí un poco no sé si era un miedo o un «no puedo» y le decía a mi pareja que no servía para parir en casa y que tendríamos que ir al hospital... tuve un rato largo de «no puedo», no sé si era un miedo o... a lo mejor era un poco de todo. O sea, el miedo de ir al hospital era volver a sufrir yo violencia y creo que lo peor del primer parto, casi peor que la violencia en sí, que al final... que es grave, ¿eh? Pero fue un rato corto... fue como todo el primer postparto en el hospital, cómo estaba yo, cómo me quedé... Como muy anulada, ¿no? Y parada... Muy... cómo influye todo esto en el contacto y en la conexión con mi hijo, para mí esto fue lo peor. Y pensar «hostia, si otra vez es repetir lo mismo en el hospital», para mí esto es lo que daba más miedo en realidad.

El matrón *Jjj* explica que los profesionales que atienden partos en casa muchas veces son criticados por sus colegas dentro del sistema sanitario:

En muchas ocasiones, pero reconozco que es con cariño y respeto y el origen de su juicio está en el hecho de no haber tenido la oportunidad de acompañar en libertad. Sí, sé que suena muy fuerte esta palabra, pero es la realidad.

Wagner (2000) opina que la fuerte reacción por parte de la clase médica se debe a que las iniciativas de partos asistenciales fuera de la medicina hegemónica son consideradas como una seria amenaza al monopolio médico de la atención obstétrica porque pone en peligro el control por parte de los obstetras, así como su estatus e incluso en determinados casos los beneficios económicos que podrían percibir.

Leia intentó un primer parto en su domicilio, pero no lo consiguió, así que decidió no decirlo en el hospital para evitar esas represalias. De este modo, a *Leia* no le pasó lo mismo que a *Júlia*:

Es que no lo dije. Entonces no lo supieron. Yo no tenía mi expediente en ese hospital, simplemente llevé los papeles en la mano, pero yo el seguimiento me lo había hecho en Alcalá, y yo llegué con los papeles, se lo di y ya está, no me pusieron ningún problema, ni me preguntaron ni nada.

Covicheira, matrona, explica por qué se tienen que trasladar los partos de las casas a los hospitales. Son muy raras las emergencias reales:

La causa más frecuente de que un parto en casa se traslada al hospital es que el parto se pare, que esté tardando demasiado, o bien que la mujer decida que ya está muy cansada o que quiere ir al hospital por alguna analgesia o anestesia epidural, ésa es la causa más frecuente. La causa más frecuente no es que vayamos con una emergencia obstétrica del recién nacido o de la madre, sino que la madre decide ir pues simplemente porque ya está muy cansada y porque quiere continuar con una epidural, o bien porque el parto se ha parado, se está dilatando demasiado tiempo, y se necesita poner medicación para que el parto se reanude.

Afortunadamente, *Luna* es matrona y explica que en algunos hospitales se está normalizando cada vez más este tipo de traslados:

Aquí donde yo vivo, en Barcelona, pues generalmente no hay ningún problema, la gente nos conoce y el parto en casa está bastante normalizado, sí que es verdad que años atrás pues se culpabilizaba a las mujeres y tal, pero ahora ya a día de hoy está bastante normalizada y se recibe a las mujeres bien. Además intentamos que haya una continuidad de cuidados, intentamos entrar siempre... bueno, entramos siempre, damos el parte a los profesionales, entregamos una hora de traslado y a veces nos dejan quedar dentro con la mujer para seguir con la atención al parto. No en todos los hospitales.

Mar, matrona, también observa que va habiendo un cambio en esta cuestión:

Los años anteriores sí sentía miedo, y no era un miedo por poder fallar como comadrona, era un miedo ante las reacciones de los y las profesionales que recibirían a la mujer en un supuesto traslado al hospital. El parto en casa no estaba bien visto, es más, estaba descalificado y con ello las profesionales que asistíamos, por lo tanto, ante un traslado, fuera de urgencia o no (la gran

mayoría no son urgentes), el recibimiento de la mujer no era nada amable ni agradable y se descalificaba a la comadrona en muchas ocasiones y a la mujer por haber elegido esta opción.

También el matrón *Jjj* ve cómo están cambiado las cosas a lo largo de los años:

Hace algunos años era diferente. Nos recibían con críticas, nos tachaban de hippies e incluso en ocasiones tratábamos de evitar decir que veníamos de un parto en casa pues si no a partir de ahí el trato con la madre y el bebé era casi feroz, llegando a pautar antibióticos porque «vete tú a saber cómo tiene la casa esta gente». Gracias a quien corresponda los tiempos han cambiado y ahora somos más europeos. E incluso se van protocolizando códigos de traslado a determinados hospitales, donde llamamos para informar del traslado y se preparan para recibir con amabilidad a la madre, a la familia.

Por lo tanto, si las mujeres sienten que no encuentran su espacio en los lugares donde se practica una medicina hegemónica androcéntrica, represora e impositiva, es normal que busquen nuevos/viejos lugares donde sí puedan llevar a cabo sus partos con la naturalidad que debería caracterizarlos, siempre y cuando no exista ningún problema de salud. Es lógico que, en este contexto, se esté efectuando una tímidamente vuelta al parto en casa (aunque reinterpretado, contando siempre con los adelantos médicos, como decimos), sobre todo entre mujeres de nivel medio-alto y con alto nivel cultural (Grup Nèixer, 2016). Volver al parto en casa no es propio de madres «inconscientes» sino que, al contrario, suelen ser personas que se han informado debidamente y que únicamente pretenden evitar ese «factor azar» que caracteriza a la asistencia obstétrica, asegurándose de ese modo un parto con la mínima intervención, con respeto, y donde sientan que sus cuerpos les pertenecen... y sus partos, también.

5.3. DEL PUERPERIO Y EL RECIÉN NACIDO

5.3.1. ¿Buenos partos implican buenos puerperios?

El puerperio es el período de tiempo que va desde que el parto ha terminado hasta unas semanas después, aunque algunos profesionales incluso piensan que dura los dos o tres primeros años del bebé. Se trata de un momento delicado para muchas mujeres, que se pueden sentir más vulnerables o con un estado de ánimo más variable. No en vano, la psicóloga Laura Gutman califica el puerperio como un momento de crisis vital donde toda mujer se encuentra con su propia sombra (su propia historia, sus recuerdos de

infancia), estableciendo incluso un paralelismo entre el período del puerperio y el período del duelo: «porque nacimiento y muerte son el mismo fenómeno» (Gutman, 2007: 40). Y añade:

Durante el puerperio se pueden vivenciar dos realidades emocionales en simultáneo. Es posible pasar de la «paz celestial» al «terror y la desesperación», incluso con sensaciones físicas que avalan estas sensaciones. Dichas experiencias son independientes de la formación intelectual previa, de la ideología o de la madurez emocional con la que hayamos llegado a la maternidad. [...] Insisto en que el puerperio es el período donde el brutal encuentro con la propia sombra es indefectible, sorpresivo y precipitado (*Ibid.*, 2007: 31).

Así, *Adriana* cree que es normal sentirse mal en el puerperio, porque «lo ves todo con más nervios, con más preocupaciones». *Candela* se sentía sobrepasada:

Pero de verme súper súper superada y no saber dónde estoy, el primer mes por lo menos, hasta que además ya empezó a ir un poco bien la lactancia hasta que descubrí los fulares y tal que eso fue mi salvación, o sea, totalmente, vamos, sin eso o habría sido nada, pero el primer mes fue muy horrible.

Chos opina que el puerperio resulta siempre agotador, y que las mujeres no están lo suficientemente informadas de lo que es realmente:

A ver, es súper cansado, y yo creo que es agotador lo mires como lo mires, en las mejores circunstancias lo es, físicamente es llevarte a un extremo desde el punto de vista biológico, eso en las mejores condiciones, ya aparte cosas que le vayas sumando, de obstáculos o de impedimentos... pues un desastre, un desastre.

[...] Es una pasada cuando entre toma y toma tienes que elegir y priorizar entre cagar, comer, ducharte o dormir. Siempre eliges dormir, con lo cual te pasas sin cagar muchísimos días, es que yo recuerdo ir a hacer pis y de repente lloraba la niña y se te cortaban las ganas de hacer pis, porque tu cuerpo dice «no, no, la prioridad es el bebé», y entonces se te cortaban las ganas de todo. Si la tienes encima, cagas, pero si no la tienes encima y está en otro lado, se te quitan las ganas y vas a por ella (se ríe). Si tenemos poca información real sobre partos, no digamos sobre el puerperio, sobre el puerperio no tenemos ni idea, porque es que no la tenemos ni la segunda vez...

Clara destaca que el puerperio es un continuo aprendizaje, resaltando el tema de la responsabilidad subyacente:

Y ahora es como que está cuando yo tengo mis momentos, entonces también pequeños descubrimientos, de cómo... dejar de comerte la cabeza porque todo fluye más, pero no sabía que me iba a traer frustración, por ejemplo, pensaba que eran estos monstruos que había identificado antes pero no sabía que existía la frustración de «coño, estoy todo el día con este bebé, no puedo hacer nada,

y no he salido a la calle...», hay cosas nuevas que están apareciendo ahora que al principio no aparecían. Imagino que seguirán apareciendo otras, digo yo...

[...] Yo creo que hay una responsabilidad muy fuerte. Y esta sensación de «este bebé depende de mi sanidad mental y de mi tranquilidad», yo puedo cagarla, puedo joder una vida incluso, emocionalmente, entonces como que... creo que eso te sale por todos los lados y te sale en los sueños, y te sale... porque yo soñaba con cosas así, con muertes, con ella operándose o...

Emma expresa que para ella el puerperio fue lo peor de todo, sobre todo porque su suegra se metió en su casa sin respeto alguno por su intimidad:

Pero me dio un bajón terrible aquello, hasta que ya me planté y dije que o se iba o yo me iba a Madrid con mi madre, yo no aguantaba más. Fue lo peor de todo el proceso... para mí ha sido el puerperio.

Hay mujeres que sienten **rechazo por su propio cuerpo** durante el puerperio, ya que recuperarse físicamente tras un embarazo es algo que lleva meses.

Claro, me sentía... en casa, un día, me acuerdo que salí de la ducha y que era en plan tendría que estar limpia, pero me goteaban los pezones, sangraba por abajo, y era como... qué horror... lo recuerdo duro. Duro. Los primeros días.

(*Bea*)

Que no tendrá nada que ver, porque yo siempre he sido gordita, y ya había conseguido como tener... como estar bien a un peso que yo me sentía cómoda, y con todo el proceso de reproducción asistida, y el embarazo y no sé qué, cuando di a luz pesaba veinte kilos más de lo que pesaba al empezar, y encima te ves tú como una vaca, con la tripa igual de gorda y el bebé fuera, que dices «esto... ¿qué pasa?», ¿no? Y eso a mí me ponía de los nervios.

(*Emma*)

Jable cuenta que «nos han engañado a todas», que nadie nos dice de verdad cómo es el puerperio:

Tengo una hermana que dio a luz el año antes justo que yo, y me llamaba por teléfono todos los días, vivía en Zafra, y ella me decía «llámame todos los días» de la depresión que se agarró. Y me decía «nos han engañado, ¡nos han engañado!». Pues ésa es la sensación que tenemos todas. Yo hablo con todas mis amigas y todo el mundo te dice lo mismo. El primer parto es un trauma pa to quisqui. Unas lo llevan mejor, con más humor, y otras con menos humor (se ríe), pero el shock éste... Es que no te lo cuentan ni en tu propia casa tus hermanas ni tu madre. O sea, esta hermana mía decía «a mí nadie me ha contado que la episiotomía ésta es una putada, que te duele más que una cesárea».

Gala también dice que nadie te cuenta cómo es el puerperio:

Bueno, el estrés fue por eso, o sea, el tema de lo del pecho, el dolor, la mastitis, el no dormir, el estar todo el día con la teta fuera... a mí se me vino un poco el

mundo encima, yo imaginé como que era todo más fácil, más suave, más bonito... más idealizado. La parte mala no la cuenta nadie.

A. *Gentileschi* se quedó dormida con el bebé en brazos y éste se cayó. Fue en el hospital y no pasó nada, pero por precaución se quedaron un día más ingresados:

Nos quedamos un día más en observación a consecuencia de una caída. Afortunadamente no pasó nada, pero emocionalmente me ha pasado factura. Es la primera vez que lo cuento. [...] Yo creo que se imagina más o menos qué es una mujer embarazada pero no se imagina qué es el puerperio, fue brutal, brutal.

Nausicaa opina que se nos prepara para el parto pero no para el puerperio:

Yo iba muy asustada al parto, te pasas nueve meses pensando en el parto, en el trance del parto, y el parto al final es un rato y lo que a mí me resultó duro fueron los tres meses de después, que no te los esperas (se ríe). El parto te lo esperas, pero los tres meses de después no... ¡el bajón!

Lola es psicóloga especializada en crianza y se dedica al acompañamiento en la maternidad. Comenta que en los cursos de preparación al parto se le debería dar mucha más importancia al puerperio. También resalta que los peores puerperios vienen por malos partos:

Para mí es mucho más complicado el postparto o al menos porque los cursos son para preparación al parto pero no te preparan para el postparto. [...] También psicológicamente es un cambio de pasar de ser sólo hija a ser madre e hija también, te cuestionas tu relación con tu familia, con tu madre sobre todo... [...] He visto puerperios increíblemente horrorosos por el parto, y creo que un parto te puede fastidiar. Un puerperio siempre me ha parecido muy duro, de vinculación, transfusión hormonal, miedos nuevos que aparecen, resituación de muchísimas cosas... O sea, yo creo que el puerperio es una de las cosas más difíciles por las que tienes que pasar.

También *Gloria* piensa que un buen parto es muy importante para tener un buen puerperio:

Me parece de cajón, que un parto que va bien, que es muy suave y que estás contenta, luego todo va a ir mejor que en un parto en el que sufres, que se para, lo detienen, lo median, y además lo veo, yo he sido monitora de La Liga de la Leche muchos años, y estoy harta de ver malos partos – malas lactancias y buenos partos – buenas lactancias. Así que sí, hay una relación inmediata.

Covicheira es matrona y explica que cada vez se está investigando más sobre estas cuestiones:

Cada vez hay más investigación que habla de la importancia de las primeras dos horas, de los primeros días de vida, del primer año de vida... hasta los dos años de vida como claves, pero las primeras horas son importantísimas.

La matrona *Luna* explica que el parto afecta a lo largo de toda la vida:

No es que crea sino que está confirmado y hay evidencia científica que demuestra que el parto influencia al estado emocional de la madre en el postparto.... Por ejemplo, el uso de oxitocina sintética predispone a las mujeres a mayor riesgo de depresión postparto o ansiedad. También, evidentemente, el tipo de parto, está también... también aquí existe evidencia que por ejemplo las mujeres que han tenido una cesárea de urgencia o un parto instrumental, pues... tienen mayor riesgo de depresión y ansiedad en el postparto... es decir, sí, la forma en que parimos influencia pues cómo afrontaremos el postparto después. Y para el bebé, pues más de lo mismo, cuando un bebé ha tenido un parto traumático, pues también está evidenciado que después tienen más problemas con la lactancia materna, especialmente, y también evidentemente por ejemplo los niños que nacen por parto instrumental muestran llantos muy desconsolados, de dolor, etcétera. Es decir, que sí, la forma en que parimos o en que nacemos, pues tiene un impacto muy grande a nivel emocional, físico y de forma inmediata y a lo largo de nuestra vida.

Gloria también indica la importante relación entre parto y lactancia:

Me parece de cajón, que un parto que va bien, que es muy suave y que estás contenta, luego todo va a ir mejor que en un parto en el que sufres, que se para, lo detienen, lo median, y además lo veo, yo he sido monitora de La Liga de la Leche muchos años, y estoy harta de ver malos partos – malas lactancias y buenos partos – buenas lactancias. Así que sí, hay una relación inmediata.

Experimentar cierta **tristeza o estrés en el puerperio** es algo relativamente normal. La Sociedad Española de Medicina General (Carro García *et al.*, 2000: 453) lo llama «tristezas de la maternidad», y lo define como un trastorno transitorio que aparece entre dos y cuatro días después del parto y desaparece de forma espontánea y sin secuelas, en un periodo de dos semanas. Sus síntomas serían ansiedad, insomnio, fatiga, irritabilidad, cefaleas, cambios del apetito y sentimiento de minusvalía. El puerperio, en efecto, puede ser mucho más duro de lo que se esperaba, porque adaptarse mental y fisiológicamente a la nueva situación no siempre resulta sencillo. Sin embargo, otras veces la tristeza alcanza un grado mucho mayor: se trataría de la famosa depresión postparto.

En el año 2010, se realizó un estudio en Holanda con una muestra de casi 5.000 mujeres embarazadas (Blom *et al.*, 2010), con el objetivo de analizar si las posibles complicaciones del parto podrían considerarse factores de riesgo de cara a la depresión

postparto. De esa muestra, un 8 % experimentó depresión postparto, siendo el grupo de mujeres más jóvenes y con menor nivel educativo el que presentó más sintomatología psiquiátrica y peor adaptación. Además, se encontró que, en efecto, existía una relación estadísticamente significativa entre ciertas complicaciones (partos muy intervenidos, ingreso del bebé en neonatos, cesárea, parto prematuro, sospecha de sufrimiento fetal, etc.). Es más, se comprobó igualmente que había una relación estadísticamente significativa entre el número de complicaciones perinatales y el riesgo de presentar depresión postparto⁵⁵.

Las madres de este estudio también experimentaron todo tipo de emociones en el puerperio. De hecho, a *Kalí* no le permitían ver a su propio hijo en el hospital y le acusaron hasta de tener pensamientos suicidas:

Después tuve un seroma y entonces mi madre fue a decir que como no... tenía mucha fiebre, no me podía levantar, no podía ver al niño, estuve tres días sin ver al niño, e incluso una de las enfermeras me dijo que yo tenía fiebre emocional, en otro momento dije que por favor que me abrieran la ventana porque cuando me sacaron la pus y todo eso olía fatal, dijeron que no me podían abrir la ventana porque yo tenía riesgo de suicidio, y yo le decía «yo no me quiero suicidar, yo quiero ver a mi hijo y quiero estar bien», era como «como tú estás llorando mucho».

Kalí tuvo tan mala experiencia de parto, que terminó con una cesárea con anestesia general y una separación de varios días, y cuando por fin conoció a su hijo experimentó una completa desconexión emocional de él:

Después tardé tres días en ver al niño porque justo cuando yo empecé a levantarme, cuando yo me senté, porque me decían «venga, que te tienes que levantar», me levanté, fui al baño y al ir al baño dice mi madre que empecé a temblar y me desmayé. Del dolor, o... no lo sé. Entonces me tuvieron que volver a tumbar, y ya era imposible levantarme, hasta que a los tres días de tanto llorar, porque yo lloraba, no había visto al niño, era... Me pasaba el día llorando, no podía ser. Y entonces vino una enfermera y me sentaron en la silla y me llevaron a neonatos a ver al niño, y cuando llegué a neonatos me dijeron «no te preocupes porque vas a saber quién es nada más verle», y cuando yo miré por el cristal no reconocía a ningún niño como mío, porque yo esperaba un niño gordito, aunque me habían dicho que era pequeño, pero morenito, con el pelo

⁵⁵ Estadísticamente, los resultados obtenidos por el estudio de Blom serían: preeclampsia aOR 2,58, intervalo de confianza del 95 % 1,30-5,14; hospitalización durante el embarazo aOR 2,25, 95 % intervalo de confianza 1,19-4,26; cesárea de emergencia OR 1,53, 95 % intervalo de confianza 1,02-2,31; distrés fetal aOR 1,56, 95 % intervalo de confianza 1,08-2,27. El riesgo de depresión postparto aumentó con el número de complicaciones que las mujeres experimentaron ($P < 0,001$).

rizado... no sé, me lo imaginaba como yo. Ninguno era así, entonces cuando me fui a lavar las manos, porque incluso eso, te tienes que lavar las manos para coger a tu bebé, como «tú eres impura y no puedes coger al niño así», no le reconocía, yo no tenía apego por él, yo no me sentía digna de él. Muy mal, fatal.

Júlia tuvo un primer puerperio muy duro, según ella a causa de su experiencia negativa del parto:

O sea, en el primer puerperio estaba muy cansada, era como... y ahora lo veo, que ahora he tenido otro bebé que también se despierta mil veces y tal, pero no era un cansancio de no dormir, era como mucho más, y creo que era una parte un poco de... como de medio depresión, o... y me notaba... no sé, un poco como una zombi, ¿sabes? Como sin decidir cosas, un poco ahí con mi bebé como un robot, en plan voy por el mundo y le doy pecho porque quiere pecho pero muy pasivo todo. Yo soy consciente así de un punto de «guau, esto se está acabando» hacia los ocho meses. Como de ser consciente de «creo que estoy empezando a superar el puerperio».

Civita lloraba todo el tiempo y se sentía sola, además de sentir cierto rechazo hacia su bebé:

De eso no se habla mucho y se debería de hablar más porque yo creo que es el gran desconocido, el puerperio, para mí fue muy duro, muy muy duro. Lo pase muy mal y lloraba muchísimo, y cada vez que mi marido se iba a trabajar o algo de eso, yo lo pasaba muy mal. Y luego, pensamientos tuve... pues sí... no de hacerle nada, pero sí de «ojalá que no tuviese ningún bebé, por qué cojones me he metido yo en esto», o sea, no tenías ganas como he visto o he leído por ahí de matar al bebé, o sea, sensaciones de «a ver si le mato» o «le tiro por una ventana» o algo de eso, pero sí de rechazo, de rechazo y de decir «yo esto no lo quiero, yo esto no lo quiero conmigo, que se lo lleve alguien», es más, yo cuando estaba en el hospital, una vez lo separaron solamente para hacerle la prueba del talón y la sensación de toda madre que acaba de parir debería de ser «no, no te lleves a mi hijo», y yo lo que sentí fue «¡toma ya, llévate, llévate por ahí, y si estás tres horas mejor, para que yo pueda descansar o pueda ducharme tranquila!» y luego ahora pensándolo digo «¿pero cómo podía pensar eso?», pero sí, el pensamiento era ése, de decir «esto que vuelva a donde estaba que yo no quiero saber nada de ello». Sí, era un poco de rechazo en ese aspecto.

Chos cuenta cómo, al haber pasado por dos partos con mucho sufrimiento, esto le afectó profundamente en sendos puerperios:

Fueron traumáticos, dolorosos y dificultaron la lactancia y el establecimiento de la impronta con mis hijos. Estoy segura, además, de que todo lo que yo sentí, ellos también lo sintieron. Es una forma horrible de nacer, sintiendo miedo, estrés y dolor. Y es una forma terrible de comenzar una relación tan importante en la vida de sus protagonistas.

Mar es matrona y dice que:

Las mujeres que no se sienten respetadas en el parto y las que sienten que han sido violentadas presentan con frecuencia alteraciones en su estado emocional y algunas de ellas incluso requieren ayuda psicológica. También tenemos que tener en cuenta las repercusiones que puede tener en la crianza, una madre que no está bien puede tener problemas o/y dificultades en la formación del vínculo con la criatura y con la lactancia.

Bea tardó en conseguir recordar su parto:

A soñar y a pensar y entonces me acuerdo de hablarlo con mi marido y de él decirme esto, en plan «si es que yo me acuerdo que te lo hicieron pasar muy mal, de cómo gritabas y cómo así», y entonces fue eso, el tema de la placenta ni siquiera me acordaba, y luego me lo dijo él también, en plan «es que te tiraron del cordón», entonces fue como... pfff... es verdad. Claro, yo después de que naciera la niña recuerdo una serie de cosas dolorosas pero no recuerdo ni el orden, o sea, no sé ni cuándo me cosieron ni cuándo me tiraron de la placenta ni... recuerdo muchas cosas dolorosas pero no recuerdo en orden ni nada de nada, fue como que lo olvidé, y con los meses me vino esto, que entonces fue cuando también me empecé a plantear pedir la historia clínica, o sea, saber qué ha pasado, en qué orden.

Sin embargo, las madres que han tenido partos en casa cuentan cómo los bebés nacieron mucho más tranquilos que en el entorno hospitalario. *Anabel* cuenta cómo su bebé la miraba y se acurrucaba, pero sin llorar en ningún momento. Para *Clara* la forma de nacer resulta muy importante:

Ella nació relativamente tranquila, o sea, y ella hasta ahora parece un bebé más o menos tranquila. [...] Entonces el no haber vivido agresiones entre comillas, episiotomía, no sé qué, no sé cuántos... yo creo que hace mucho empezar bien.

Por lo tanto, el puerperio es un momento de gran vulnerabilidad y labilidad emocional al que según las madres no se le daba la importancia debida. Además, según Laura Gutman, una mala experiencia de parto produce desconexión, lo que afectará inevitablemente al vínculo durante el puerperio: si las mujeres experimentan maltrato en sus partos, nada más terminada dicha experiencia, intentarán desconectar, porque «el maltrato produce desconexión» (*Ibid.*, 2007: 70). La desconexión puede ser mostrando un rechazo al bebé, un rechazo a nuestros propios cuerpos, un rechazo a la experiencia completa del parto, con tristeza, depresión o estrés postraumático. Las mujeres que experimentaron buenos partos tuvieron mejores puerperios, porque como dice *Leia*:

Creo que si naces de una forma respetuosa, que te reciben con amor, con cariño, con tranquilidad, respetando tu tiempo... naces de otra forma. Creo que cuando

naces y cuando tienes un hijo rodeada de estrés, de malos tratos, de «venga, corre, que tengo otra parturienta después», «que tú no sabes», creo que te mina mucho... y llegas y encima si te separan a tu bebé, pues imagínate, más, ¿no? No tienes la impronta ésta que tienes, no puedes...

5.3.2. Piel con piel o separación madre-bebé

Los beneficios del contacto piel con piel han sido ampliamente estudiados, por ejemplo, por la Organización Panamericana de la Salud, dependiente de la OMS (PAHO, 2007): se facilita el vínculo, la lactancia, y se regula la temperatura y la tranquilidad del bebé.

Según la *Estrategia de Atención al Parto Normal...*

Las dos primeras horas después del nacimiento es el llamado periodo sensitivo (alerta tranquila) provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto. El contacto inmediato piel con piel de la/el recién nacido con su madre tiene múltiples efectos beneficiosos para ambos. Facilita reconocer el olor materno, establecer el vínculo, la lactancia y la adaptación a la vida extrauterina. Se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura. Pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión, aumentando la frecuencia de tomas con éxito. Para la madre facilita la disminución del tamaño uterino por secreción de oxitocina y evita experiencias emocionales negativas. (OSM, 2012: 35)

Beneficios inmediatos		Beneficios a largo plazo	
Recién nacidos	Madres	Recién nacidos	
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la efectividad del inicio de la lactancia y reduce el tiempo para lograr una succión efectiva • Regula/mantiene la temperatura infantil • Mejora la estabilidad cardiorrespiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora los comportamientos de afecto y el vínculo de la madre • Disminuye la ingurgitación mamaria 	Existe una asociación positiva entre el estado de la lactancia al mes y a los 4 meses postparto y una mayor duración de lactancia materna	Mejora de los comportamientos de afecto y apego de la madre.

Tabla 5.3. Resumen de los beneficios inmediatos y a largo plazo del contacto precoz piel con piel entre la madre y su recién nacido (PAHO 2007: 18).

Sin embargo, no siempre se permite este primer vínculo tan importante. Anabel relata que estuvo separada de su hija sin ninguna causa real:

Mi hija cuando nació estaba a un metro y medio de mí en una cuna separada, llorando como una descosida, y sin parar de llorar, y entonces yo decía «traédmela, traédmela», y ellos decían «no, cuando te cosamos, cuando sueltes la placenta y te cosamos». Y yo decía «pero dádmela», podían hacerlo con ella encima... y no me la dieron.

[...] Lo que más me dolió fue probablemente que me separaron de mi hija recién nacida, y, aunque en la misma habitación, no me la dieron ni me dejaron cogerla hasta pasadas un par de horas, a pesar del llanto desconsolado de mi hija. Fue un momento de mucha angustia y desasosiego para mi hija y para mí.

En palabras de Sheila Kitzinger:

Con un porcentaje de nacimientos hospitalarios de cerca del 100 %, la organización de nacimientos como si se tratara de una operación quirúrgica, la importancia dada a la asepsia, y los cuidados al niño dados por el personal hospitalario frecuentemente tan lejos de la madre, la interacción madre-hijo es amenazada tanto a corto como a largo plazo (Kitzinger, 1996: 78).

Mrg78 no quería separarse de su bebé ni un momento:

Y a mí eso es lo que me dejó muy mal sabor de boca, o sea, verle llorando ahí como una ratita, y a mí ese momento lo que me pedía el cuerpo era cogerlo y que nadie me lo quitara pero ni un segundo... y para ellos era un minuto, y me decían «no, si es un segundo», de hecho yo recuerdo que cuando yo dije algo, en plan «es que no quiero que me lo quitéis» y me dijo la ginecóloga «no, pero si hasta te viene bien un minuto», eso no lo entendí, que me iba a venir bien que me lo quitaran, o sea, eso no me gustó. Y ya todo a partir de ahí igual, o sea, la pediatra que venía a ver al niño era totalmente... las pruebas que le hicieron... o sea, luché... no entenderé nunca por qué la prueba del talón, yo de hecho, yo que nunca me he visto capaz de dar a luz en casa, hubo un momento en que pensé en dar a luz en casa para que no le hicieran las pruebas éas sin mí. Porque con el primero lo viví también muy traumático, con el primero se lo llevaron y estuvieron como dos horas hasta que me lo trajeron, para hacerle la prueba del talón y lo del sonido, yo las separaciones las vivía como algo súper traumático, o sea, eso no es algo racional, me acuerdo que tenía visita y gracias a ellos me estuve entreteniendo, pero estaba muy nerviosa.

A veces las madres relatan cómo pasaron por unos momentos de angustia terribles al no saber siquiera si su bebé estaba vivo. Es lo que le pasó a *Alexia*:

Una vez nació la niña vi que se la llevaban rápido, vi un piececito gris, no la oí llorar, pregunté si estaba bien y me dijeron de malas maneras que ya me informaría el pediatra cuando viniera. Y yo «¡hombre, no me puede decir al menos si respira la niña!» [...] Si ves que la niña está viva, ¿qué te cuesta decirme «está bien» o al menos «está viva»? No me dijeron nada, en plan «ya te lo dirá el pediatra», me la trajeron y al poquito vino la pediatra y dijo que estaba perfectamente pero no me explicaron nada entre medias.

Kokoritza también pasó por mucha angustia cuando no sabía si su segundo bebé estaba vivo. Sintió ganas de levantarse corriendo a ver qué pasaba, porque nadie le decía nada, pero estaba inmovilizada por la cesárea:

Salió el otro bebé, ese bebé no lloraba, ese bebé no me lo enseñaban, ese bebé es como de «jhola!, ¿dónde está?, eran dos, ¡quiero ver al segundo!» y bueno, tardaron un montonazo en decirme si estaban las cosas bien o mal y otro montonazo más en enseñármelo, que al final estuvo todo bien y que la historia es que el pequeño había nacido con la cabeza muy plana porque no tenía mucho espacio y lo estaban valorando, pero sí que en ese momento en el que es como «han salido dos, que lo sé yo, ¿por qué a uno me lo enseñan y otro no, qué está pasando?», y ellos se meten en el mundo médico, se olvidan de que tú estás ahí,

de que son tus hijos y de que quieres verlos a los dos, estén como estén, vivos, muertos, deformes o como estén, da igual, ahí sí que hubo un poco de...

[...] No me decían nada, era como... yo preguntaba... o sea, yo si me hubiera podido levantar de la camilla, me habría levantado a ver qué coño estaba ocurriendo, qué estaba pasando ahí, por qué no estaban y... pues eso, mucho miedo, mucho miedo, y... ¡coño, estoy aquí!, ¿sabes? Es como «estáis todos muy ocupados haciendo muchas cosas pero yo estoy aquí, y eso tiene mucho que ver conmigo, eso que tú estás haciendo tiene mucho que ver conmigo, entonces cuéntamelo», estaba... tenía miedo, tenía enfado, tenía de todo...

Maremota también refiere haber pasado por unos momentos angustiosos que describe como «lo peor de su vida»:

Total, abro los ojos y veo a un bebé así (hace un gesto como de cabeza caída hacia un lado, inmóvil), que no llora. Pero así, y así se lo llevan, porque se lo llevaron corriendo ahí a una mesa, todo lleno de personas, que yo no veía a la niña desde el potro, porque estaba todo lleno de personas. Y le hacían cosas a la niña. Pero la niña no lloraba, porque si tú dices le están haciendo cosas, pero tú la estás escuchando, pues venga, pero la niña no lloraba. Yo no sé decirte cuántos minutos pasaron ahí, a mí se me hizo eterno, hasta que por fin, no sé los minutos que pasaron, escuchó «iiiiiii» (gemido leve), pero así, que no rompió a llorar bien. Después resultó que no se había expandido un pulmón y que la tuvieron que reanimar un poco, no sé qué historia. Tiene que ser uno de los momentos más felices de mi vida... ¡y a mí me iba a dar algo! O sea, yo ya no quiero el contacto piel con piel de las películas, que se ponga a mamar y sonriamos y lloremos de alegría, yo lo que quería es que esa niña llorara y que estuviera bien. Y yo decía «¿por qué no llora, por qué no llora?» Vamos, como si estuviera hablando con la pared. Muchacha, pues dime... yo qué sé, ¡dime algo! ¡Dime algo, dime que está viva y que va a llorar dentro de un rato, que yo sólo he visto un bebé así y os la habéis llevado corriendo! Horrible, horrible. Lo peor de mi vida, vamos.

Kalí se despertó tras una cesárea con anestesia general y no sabía nada de lo que había pasado:

No me explicaron nada, yo no sabía nada, cuando me hicieron la cesárea y estaba en reanimación y ya me desperté, yo me toqué la tripa porque yo pensaba que el niño se había muerto, yo no pensaba que había nacido, yo me toqué la tripa y era como «no sé si está vivo, si está aquí, si está fuera». Has tenido un bebé y no sabes si está bien o está mal, nadie me dijo nada.

Cada vez se tienen más evidencias de los beneficios del contacto piel con piel entre la madre y el bebé. Pero en muchos hospitales se separa a la diáda madre-bebé por diversos motivos: vacunas, pesarle, realizar una revisión de salud, vestirle, bañarle... Ninguna de estas cosas son normalmente urgentes y pueden realizarse horas después de nacer, y sobre la propia madre, sin necesidad de llevarse al bebé. Según el

neonatólogo Nils Bergman (2002), «el cuerpo de la madre es el hábitat del recién nacido», y resulta imprescindible tanto para la madre como para el bebé que no se produzca esa separación, pues así queda garantizado el vínculo y las tasas de lactancia materna serán mucho más exitosas.

5.3.3. Dolor físico y malestar postparto

En el postparto se puede sentir dolor como consecuencia del esfuerzo realizado, o porque existan cicatrices por una cesárea o una episiotomía, o por haberse producido un desgarro, por ejemplo. También puede haber cierto **malestar genital** en los siguientes días, como cuenta *Gloria*:

Pues que en el primero empujé como una burra, aparte que la niña era muy grande y que debía de tener yo el perineo muy duro, empujé mucho mucho y tenía pequeñas laceraciones, y sí estuve dolorida la zona, toda la vulva, durante una buena semana.

Alexia cuenta cómo le molestó la cicatriz por la episiotomía y la incontinencia que tuvo como consecuencia de ésta:

Algunos días ya me podía más o menos sentar sin cojines ni nada, más o menos... La incontinencia sí que me duró pues... a ver, no era severa, era pues eso, un ataque de risa, una tos o algo así... pues igual me duró mes y medio, dos meses. La ginecóloga me mandó a rehabilitación de suelo pélvico porque dijo que los partos con espátula distienden mucho la musculatura y que les cuesta más volver, y después de los ejercicios la verdad es que mejor.

Happymoon tuvo muchos problemas con la episiotomía, de hecho, sigue notándola todavía, dos años después:

Como la episiotomía se abrió, no cerró bien, entonces tuvieron que volver a cortar los bordecitos para volver a sellar, no sé cómo se diría eso, entonces... jo... eso me escocía un montón. Pues no me acuerdo, pero dos meses o por ahí, y de hecho yo creo que aún a veces ahora tengo un dolor que no es... o sea, no lo había tenido antes. Y es como que hay algo por ahí descolocado.

A *Jable* después de su primera cesárea le dejaron el vientre insensibilizado, y hasta que no pasó por la segunda no volvió a recuperar la percepción de la zona:

Y luego una vez que das a luz, a la hora de que cuando te quejas... yo no lo digo por mí, pero a lo mejor si tienes una molestia, o algo, es como si te estás quejando de más, yo recuerdo lo de la barriga acorchada, yo decía «yo tengo algo en la barriga», y nada, ni puñetero caso.

Claudia se sorprendió al tener problemas de incontinencia urinaria después de una cesárea:

Pues eso fue una sorpresa para mí, porque yo pensaba que eso sucedía con partos vaginales, yo me quedé... «¿pero y esto? Pero si yo no he empujado...», pues fue sobre todo con la mayor, incontinencia de ésta de... no que tengo que ir muchas veces sino que cuando tengo que ir, tengo que ir YA. Y de esto que si se te escapa un poquito ya no puedes parar, y bueno, fue súper traumático, no me lo esperaba.

Jable explica que a ella le costó mucho que la ayudaran a solucionar sus problemas de suelo pélvico:

Yo creo que eso es mucho más importante para todas las mujeres, aunque no tengas incontinencia urinaria. Porque en el primer parto me llamaron, aquí hay un programa que te llaman, por si tienes incontinencia urinaria, yo dije que sí, que la tenía, y no me hicieron caso, y en el segundo embarazo igual, tampoco me hicieron caso, y esto ha sido hace dos veranos, un día en que he salido con mis hijos de compra o lo que sea, y tenía que ir al centro de salud, y le he dicho a la médica «mira, perdona, ya que estoy aquí, mira cómo vengo», iba con un vestido de verano, lo típico, y las bragas empapadas, digo «es que esto ya no es normal», entonces ha sido la médica de cabecera mía la que me ha dado el volante para ir al ginecólogo, lo típico. Y la primera vez que yo fui al ginecólogo de suelo pélvico, me tuve que echar a llorar de la rabia que me dio cómo me trató para decir «que es que yo no me lo estoy inventando», porque poco más o menos que yo, que era una tonta, y me lo estaba inventando. Y estoy encantada, ¿eh? Estoy encantada. Llevo desde julio hasta noviembre, en sesiones de fisioterapia, me han visto ahora en febrero, porque te hacen unas pruebas anteriores para ver si fortaleces el suelo pélvico o no, y me han dicho que muy bien, y ahora me vuelven a ver en marzo.

Otras mujeres, como *Bea*, explican cómo tuvieron **hemorragias importantes** después del parto. *Bea* cree que fueron causadas por el tirón que le dio la ginecóloga para extraer la placenta:

Yo tuve estos coágulos y todo, y a mí luego me dijeron que esto... no me acuerdo por qué me dijeron que se habían producido, pero yo estoy casi segura de que fue por el tirón de placenta. No sé, no sé qué me dijo la ginecóloga, vino a la mañana siguiente y me dijo como «ah, sí, esto que te pasó de los coágulos, tal»... Ah, sí, me dijo que era porque... porque me habían puesto demasiada oxitocina en el momento de... para reducir el útero, digamos, que te la ponen cuando ya has parido, que te ponen un chute de oxitocina... O que me habían puesto demasiado o demasiado poca, y que por eso me habían salido los coágulos y tal, y creo que me contó un cuento chino, o sea, yo creo que fue por el tema de la placenta, casi seguro, porque es que saqué unos coágulos más grandes que la placenta, y me los tuvieron que sacar manualmente y me morí de dolor.

También los recién nacidos pueden presentar malestar. Algunos presentaban heridas en la cabeza a causa del uso de instrumentos, como el hijo de *Júlia*:

Tenía como unos hematomas así pequeños en la sien, no sé qué le duraron, a lo mejor una semana o así. Pues mal, la verdad es que mal. Bueno, más que mal de culpable, mal en plan rabia, ¿no? En plan «mirad lo que le han hecho a mi hijo, que le han hecho unos hematomas».

La monitorización interna también puede causar heridas en el cuero cabelludo de los bebés, como le pasó a *CrisVR*, que relata cómo su hija presentaba «pinchazos con sangre en la cabeza por el cable del monitor interno». También *Nessi*, en sus dos primeros partos, observó cómo sus bebés mostraban «heridas en cuero cabelludo por la monitorización intraparto».

El bebé de *Gala* nació completamente morado y con la cabeza muy «apepinada»:

Cuando nació el niño y cuando me lo pusieron encima, a mí me causó mucha sensación porque estaba completamente morado, como un nazareno. Morado. [...] Pues lo de la cabeza apepinada por lo del tema de lo del kiwi, y yo pensaba que el amoratamiento que podía tener era de las horas que llevábamos y de eso, de haber roto la bolsa veintitantas horas antes. Pensé que era por eso.

En el caso de *Bac+2*, las consecuencias del uso de instrumentos se le han quedado a su hija de forma permanentemente:

Ahora mismo tiene el cuello así, está a trece grados, pues la tienen que operar, pero vamos a dejarla un poco que crezca un poco más, porque ahora ha cumplido seis años, pero la tienen que mirar cada seis meses, si va inclinando mucho pues habrá que interrumpir, si sigue con los trece grados pues la vamos a dejar. Yo creo que es durante el parto, porque me han dicho que eso ha pasado durante el parto, pero luego también de la columna, me explicó que tenía las vértebras, las tercera, las últimas tercera, que están un poco mal. Pero no sé, unos me han dicho que es por el parto, que eso ha sido por el parto, por sacarla o algo así, por el fórceps, pues hasta ahora mi hija está así. Se le nota en las fotos y todo, porque me llaman también del cole, que por qué siempre tiene la... de hecho yo no quería ni darle mucha importancia, digo «no, será la niña que se inclina», pero no, está así (inclina un poco la cabeza).

Hay bebés que pueden estar muy irritados en el puerperio. *Anabel* cuenta cómo su hija, que estuvo dos horas llorando separada de ella, se encontraba muy nerviosa. Y de hecho, comenta cómo hoy, siete años después, sigue siendo una niña muy irritable:

Desde que nació siempre fue muy nerviosa, lloraba mucho, se angustiaba mucho. Siempre lo achacamos al comienzo que tuvo tras su nacimiento. Y a día de hoy, creo que mi hija, gran parte de su personalidad y de su carácter ha dependido de la forma en la que nació, y que eso le ha dejado una impronta,

ella tiende a llorar mucho. Muchísimo. Cada cosita pequeña le provoca un llanto incontrolable o que no entiendo muy bien de dónde viene, desde pequeñita. Y desde pequeñita yo recuerdo que era muy muy muy intensa. Y yo creo que ese momento de separación que tuvimos yo creo que sí que le ha dejado huella. Evidentemente no creo que sea... creo que hay muchos más factores que influyen en la personalidad, pero bueno, creo que ésa sí que es importante.

Emma, además, piensa que el **no respetar al bebé**, las intromisiones de las visitas, también molesta enormemente al recién nacido:

Quizás sea cosa mía, pero creo que se ponía más inquieto cuando venía mucha gente y todo el mundo quería cogerle y hablar alto cerca suyo.

La irritabilidad de los bebés puede afectar a la lactancia, como les pasó a los bebés de *Candela* y de *Gala*. La bebé de *CrisVR*, además, tuvo problemas posturales y no podía mamar bien:

Los tres primeros días no lograba comer bien, hasta que salí del hospital y pude ir a una matrona a que me aconsejase sobre lactancia. Era un problema postural que se solucionó al minuto. Ojalá alguien en el hospital lo hubiese sabido.

Según la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (OSM, 2012:35):

Las dos primeras horas después del nacimiento es el llamado periodo sensitivo (alerta tranquila) provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto. El contacto inmediato piel con piel de la/el recién nacido con su madre tiene múltiples efectos beneficiosos para ambos. Facilita reconocer el olor materno, establecer el vínculo, la lactancia y la adaptación a la vida extrauterina. Se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura. Pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión, aumentando la frecuencia de tomas con éxito. Para la madre facilita la disminución del tamaño uterino por secreción de oxitocina y evita experiencias emocionales negativas.

Si el puerperio es un momento de vulnerabilidad emocional, el postparto inmediato puede resultar quizás abrumador. Las madres pueden sentirse doloridas en mayor o menor grado, y los bebés pueden notar también cierto malestar, irritabilidad o desazón. Fomentar el nacimiento en un ambiente tranquilo, íntimo y acogedor, así como el contacto precoz entre el recién nacido y su madre, pueden ayudar a que estas sensaciones resulten menos acuciantes.

5.3.4. Lactancia

El establecimiento de la lactancia puede resultar un momento complicado. Si el parto ha sido muy medicalizado, esto puede entorpecer el establecimiento de la lactancia (Marcos, sin fecha, b): las secuelas físicas dolorosas (por una episiotomía o una cesárea, por ejemplo) pueden dificultar el adoptar una postura adecuada para el amamantamiento. También se ha comprobado que hay muchas más ingurgitaciones mamarias después de haber recibido sueros intravenosos y analgesia epidural (*Ibíd.*), ya que éstos favorecen la formación de edemas. Un bebé puede nacer adormecido por la epidural, presentando un patrón de succión ineficaz o directamente sin querer mamar. Psicológicamente, un parto muy medicalizado disminuye la autoconfianza de las mujeres en sus procesos corporales, lo que igualmente puede entorpecer el establecimiento de la lactancia. Y a todo esto se le añade una dificultad más: muchas mujeres desean dar el pecho pero no encuentran a quien les asesore correctamente. En este aspecto, *Bac+2* tuvo suerte:

Me ayudaron unas dos chicas, que las recuerdo hasta hoy, y las agradezco muchísimo, porque cuando le digo que ya me duele por ejemplo el pezón, que no puedo, me trae un pezón de plástico, una pezonera, y me ayuda, y me enseña cómo meterlo en la boca, y cuando le digo que me duele pues lo saca en seguida, y me dicen que un bebé no tiene que dolerte a darle el pecho, entonces me ayudó mucho, y había otras que pasan, que les da igual, que ya está, que te apañas y ya está, depende, pero había dos personas la verdad que se los agradezco muchísimo, el esfuerzo que han hecho conmigo.

Bea también recuerda con cariño a la persona que le ayudó, pero se lamenta de que resulte algo tan azaroso:

Y fue esa chica que me dijo «lo estás haciendo súper bien, relájate», me dio un par de poses más que no me habían enseñado, o sea, fue como mi ángel de la guarda, y eso pienso que está bien pero está mal en el sentido de que, claro, si te toca otra, mi lactancia se hubiera ido al garete.

Sin embargo, *Txu* tardó casi un mes en conseguir que la lactancia empezara a funcionar, y en su caso la ayuda vino de fuera del hospital:

Le sigo dando teta, y el niño tardó casi 20 días en engancharse, 15 o 18 días, yo sé que en otra situación no lo hubiese logrado, si esa mujer no hubiese aparecido en mi vida yo no hubiese dado teta. Vamos, lo requetesé. Así que bueno, en realidad muy contenta, porque lo que te digo, fueron apareciendo esas luces por el camino que facilitaron todo un poquito, porque si no...

A *CrisVR* le pasó algo parecido: sintió que en el hospital no se le ayudó con la lactancia, pero por suerte encontró a una matrona que sí le pudo ayudar convenientemente fuera, corrigiéndole la postura.

Quien se forma por su cuenta, porque yo me acuerdo que me lo contó esa misma matrona además, ella me dijo, era de la liga de la leche y todo eso, que ella lo había visto siempre tan importante y tan asociado a la propia naturaleza humana que le parecía que había algo raro en la no formación de la gente, o sea, como que se evitaba esa formación adrede, y que ella no había buscado por sí misma, ella de hecho era una eminencia en el hospital, gracias a que siempre lo decía, a lo que ella misma se había formado, así, porque no había recibido esa formación en ningún sitio. Me parece increíble.

Deiviz es matrón y comenta cómo el momento de establecer la lactancia es muy delicado y para nada sencillo:

Es una etapa de vulnerabilidad muy grande y la lactancia es muy difícil, yo creo que hay que comentarlo, y que si no la mujer no... va a ir virgen a ese proceso que «va a ser tan maravilloso y que me voy a sentir tan realizada», y en realidad me duele cuando me coge el pecho, no sé si está mamando el niño porque llora, pero ahora mea, pero ahora no mea, pero ahora se engancha, pero ahora no se engancha, pero la grieta... Es difícil hasta que lo coges, y parece una tontería, pero no... No es ninguna tontería. Conforme lo contamos muchas veces, es que es eso... porque decimos que nos centramos en los beneficios de la lactancia, estás ahí centrado, es muy bueno, el niño recoge tu leche, las inmunoglobulinas, el no sé qué, porque para ti te va a prevenir el cáncer de mama, porque... y se queda con todo eso bueno, pero nadie le explica lo duro que es. Y ahí va mucho fracaso, ahí va mucho fracaso.

Desde luego, tampoco se puede obligar a una madre a dar el pecho, como cuenta *Alexia*:

Y yo en el hospital escuché a gritos a una enfermera decirle a una chica que tenía problemas porque el niño no se enganchaba y tal y le empezó a gritar, que se escuchaba a través del pasillo, que qué tontería era ésa del biberón, que no le quería volver a oír decir nada del biberón, que lo que tenía era que esforzarse y punto. «Y nada de llorar, y nada de no sé qué». A gritos. A gritos se escuchaba con la puerta cerrada de mi habitación, que daban ganas de abrir la puerta y decir «dime tu nombre, que voy a poner una queja yo contra ti».

Gala llegó a tener un grave absceso del que el personal se desentendió, una vez le dieron el alta. Le dolía muchísimo, pero le aseguraron que le harían un cultivo y si salía alterado el resultado, la llamarían:

«No, no, sigue dándole el pecho, te vamos a hacer un cultivo de la leche por si acaso, te vamos a enseñar –porque tenía muchísima cantidad– a sacarte la leche masajeándote –porque igual, no era capaz de aguantar el sacaleches para sacarme la leche, no era capaz–, te hacemos el cultivo, si sale cualquier cosa, te llamamos», a mí nadie me llamó. Seguí dándole el pecho y a los dos o tres días

dije «lo siento, pero hasta aquí, no puedo más», fui a mi doctora de cabecera, cuando le enseñé el pecho me dijo «ya, no sigas», porque además yo es que me sentía culpable, como la gallinita de los huevos, no sé, «y ahora qué va a pasar, pobrecito», esto era como «esto solamente lo puedo hacer yo y nadie más, y ahora si yo no lo hago, todo el mundo le puede dar un biberón», no sé, una tontería mía, pero reconozco que me afectaba de alguna manera, como decir «está en mí la decisión de cortar con esto o de poder seguir», pero es que de verdad que me era completamente inviable, empecé con fiebres y demás, a urgencias varias veces al hospital, me mandaban para casa, yo ya había dejado de darle el pecho al niño.

Un mes después del parto, los dolores de *Gala* eran tan insoportables, que acudió una vez más a urgencias, y esta vez consiguió ser escuchada.

Y transcurrido un mes o así, una de las veces que fui a urgencias, curiosamente me atendió una de las ginecólogas que me atendió en el parto, o que me había atendido en otra ocasión durante el embarazo, o sea, yo la recordaba, y según me vio el pecho me dijo «ahora mismo voy a llamar al cirujano que está pasando consulta, te voy a mandar directamente al cirujano», le conté lo que había ocurrido, porque yo había ido cuatro, cinco, no sé cuántas veces a urgencias y todo el mundo me decía que para casa, que siguiera. El cirujano cuando me vio se echó las manos a la cabeza, le conté todo esto, no dijo nada al respecto, lógicamente, me dio su tarjeta con su teléfono y me dijo «te voy a poner este tratamiento, este antibiótico, si necesitas cualquier cosa o crees que debo de ingresarte, yo por mí te ingresaba en este momento, me llamas y te metemos en el hospital», tenía mastitis y lo que tenía por esa infección de todo el pezón y demás... tuve el estafilococo. Al día siguiente le llamé, fui al hospital, me ingresaron, no sé cuánto tiempo estuve ingresada... una semana, diez días... el caso, al día siguiente de haberme ingresado, con un tratamiento, cuando vino a verme el cirujano, que también es oncólogo, «¿cómo te encuentras?», «me encuentro igual», «la opción es meterte en quirófano», porque no aguantaba, ni con morfina, me daban morfina, me daban de todo, el caso es que al día siguiente.., ahí fue cuando debió revisar mi informe y ahí fue cuando vio que había dado positivo al cultivo que me hicieron de la leche, al estafilococo. Y no me llamaron. O sea, en ese tiempo, o sea, durante ese mes fui cuatro, cinco, seis veces, al hospital de urgencias.

En la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, se nos dice que los centros hospitalarios deben «promover prácticas eficientes de apoyo a la lactancia materna», así como «promover la lactancia materna y ayudar a las madres ante posibles dificultades» (OSM, 2012: 40 y 81). A pesar de todo esto, en muchos centros hospitalarios se sigue dando lactancia artificial sin el permiso previo de las madres. Es lo que le pasó al bebé de *Adriana*, que también comenta que, a causa de los prejuicios de una pediatra, tuvo que quedarse un día más ingresada:

Fue cogerle yo y decir «¿no le habrán dado un biberón?» y fue decirlo y el niño echar todo el biberón encima. [...] Supongo que porque lo hacen por protocolo puro y duro, o sea... a ver, ese niño me imagino que estaría ahí desgañitado llorando en la sala de incubadoras pidiendo teta, y claro, algo le tenían que hacer. Le hicieron muchas más cosas, claro, le pusieron la vacuna, tampoco preguntaron, ni pidieron consentimiento ni nada de eso.

[...] Al día siguiente me vio otra pediatra que ya iba con prejuicios, porque era la única madre que estaba dando el pecho sin la ayuda del biberón, la única de las 14 o 15 que había en ese momento, y fue lo primero que me echó en la cara, de que «tu hijo está deshidratado, porque claro, la teta está muy bien, pero cuando funciona» y yo «¿y quién te ha dicho a ti que no funciona?» «¿y tú cómo sabes que tienes leche?» «¿pues porque le oigo tragar, porque veo cómo se le sale la leche por la comisura, porque el niño está meando y está cagando?» y ella empeñada en que por qué no le daba biberón, vamos, no me llamó talibana de la teta porque yo creo que el término ése no se lo sabía, si no me lo hubiera echado a la cara, cuando yo en ningún momento le dije que no, le dije «pero vamos a ver, si es que el niño está mamando», me quedé un día más ingresada por eso y el niño ni siquiera había perdido peso durante los cuatro días desde que nació. Fue un poco una odisea un poco extraña, la verdad, con estos cuatro días en el hospital.

Algunas madres piensan que la lactancia materna en realidad no se fomenta en absoluto, como *Andrómeda*, que opina que «en el fondo hay como un desprecio e incluso una ignorancia total a lo que es la lactancia materna». Y *Jable* añade:

Y te plantan los biberones. Es que te los plantan. «Amos, que así duermes toda la noche tranquila», lo típico. Y luego incluso empezaron la ingurgitación de los pechos y todo lo demás, y aquí te dan sacaleches, te dan un kit para sacarte la leche, peo es que el sacaleches está o dos plantas abajo o dos plantas arriba de donde tú duermes, entonces claro, tienes que dejar la habitación sola, la niña sola, con la sonda, con el no sé qué, vuelta p'arriba con el gotero... Y no te lo suben, es que están atados. Y yo decía «¿cómo no me dejan que sea el manual, si simplemente es sacarme un poco?». Tampoco te puedes duchar con toda la parafernalia, porque aquí las duchas no están hechas para meterte con gotero ni nada, con lo cual ahí hubo problema, pero bueno, yo me encabezóné con la lactancia, y en ese sentido muy bien.

A *Maremota* le costó muchísimo extraerse el calostro, y lo tacharon de «porquería».

Después de esto, *Maremota* estuvo llorando toda la tarde:

Me dijeron que tirara el calostro que tanto me había costado sacarme con el sacaleches, que eso «era una porquería» (por la poca cantidad que había conseguido sacarme) apenas un dedo. Le dieron leche de fórmula sin preguntarme.

[...] Me fui llorando y me tiré llorando toda la tarde. Me dijeron que lo tirara, pero no lo tiré. ¿Tú sabes... dos horas para sacarme el poquito de calostro?

Con motivo de proteger la lactancia materna, y no fomentar la idea de que la lactancia artificial es equivalente o superior a la materna, el Real Decreto 867/2008 prohíbe en

España **dar muestras gratis** a embarazadas y familias con niños de menos de tres años. Incumplir esta ley conllevaría una serie de sanciones expresadas en la Ley General de Sanidad.

Se prohíbe la publicidad en los lugares de venta, la distribución de muestras o el recurso a cualquier otro medio de propaganda, dirigido a fomentar las ventas de preparados para lactantes directamente al consumidor.
(BOE, 2008: art. 9.3)

Sin embargo, el regalo de muestras se sigue haciendo en hospitales, centros de salud y farmacias. *Mrg78* cuenta al respecto:

Pues mal. Lo veo como parte de la propaganda ésta, de hecho, te lo dan muy contentas... Me lo daban como super felices, como «te estoy dando algo ahí guay», de hecho todavía cuando voy al pediatra, me pregunta la enfermera del pediatra «¿qué leche toma tu hijo?» y le digo «la mía», porque me iba a dar muestras...

También *Amanda* opina que es vergonzoso:

Bah, un desastre, qué voy a opinar, es una vergüenza, para mí es una vergüenza que te regalen cualquier cosa, ni pañales ni nada, o sea, o si los quieren dar en hospital como parte de su servicio, que los den, eso no me parece mal, pero que te regalen muestras para que compres me parece una vergüenza, ya sea público o privado. Es que me gustaría saber qué reciben a cambio los médicos y el hospital por dejarles tener toda esa plataforma de distribución, porque al final, claro...

A *CrisVR* también le ofrecieron muestras cuando le dieron el alta hospitalaria:

Pues horrible, horrible. De hecho, a mí me la dieron, claro, incluso le dieron el biberón, viene ahí preparada ya, me parece fatal. Sé que está prohibido, y de hecho, ya, posteriormente, yendo a consultas de pediatría, cuando veía los botes de leche, lo decía «ay, no esto, es una muestra que han dejado aquí, para unas madres, no sé qué...», eso sí lo decía, pero lo hace todo el mundo.

En general, las madres no se sentían **correctamente asesoradas** en temas de lactancia, y muchas de ellas me comentaron cómo existe un déficit general de formación en temas de lactancia entre profesionales. Por ejemplo, a *Lola* le dieron recomendaciones sobre la lactancia muy disparatadas, como «dar el pecho a demanda cada tres horas»:

No tienen ni idea de lactancia en general, porque o hacen formaciones muy específicas al respecto o con lo que dan en la carrera no hay. Yo me he encontrado con muy pocas profesionales que sepan de lactancia. Muy pocas, muy pocas. Pero ni ellas, ni las enfermeras pediátricas, que eso ya es para llorar, lo de las enfermeras pediátricas y la lactancia, porque al final tú cuando pares ves más a la enfermera pediátrica que a la comadrona, mucho más, y es la que te está pautando la alimentación, y te dicen auténticas barbaridades. Creo que

no tienen interés. «La lactancia es dolor», qué manía con el dolor, que la lactancia tiene que ser dolor, tiene que ser sufrimiento, la idea ésta de que los bebés son unos seres que se apoderan de tu mente y te manipulan... recién nacidos... es una cosa que me fascina... ¡Cómo los hacemos tan inteligentes, con esta capacidad!

Anabel explica que, a la menor dificultad, el personal intentaba que la madre diera biberón, y que todo era con prisas y con falta de interés:

Por parte de las enfermeras había cierto intento de explicar cómo poner al pecho al bebé, pero de forma muy general y nada personalizada. Eran dos frases y en cuanto surgía alguna dificultad, de dolor o grietas y llanto del bebé, enseguida proponían darte un biberón para solucionarlo en lugar de buscar la raíz del problema o intentar ayudarte a seguir adelante con la lactancia materna. Se veía a años luz una gran falta de formación al respecto, así como una cierta sensación de desidia. Te daba apuro insistirles con el tema porque parecía que las estabas molestando cada vez que las buscabas.

[...] Fue muy impersonal todo, muy protocolario, y daba la sensación de prisa, tenían prisa, de que tenían que terminar rápido contigo porque no tenían tiempo para ti, para dedicarte. Entonces, era como muy de rutina todo, muy rápido, el apoyo a la lactancia que me dieron fue bastante deficiente pero tampoco les veía ganas de hacerlo de otra manera, no sabía si por prisas o por falta de interés, pero eso sí que realmente me molestó, el trato de las enfermeras.

Andrómeda explica que el personal no tenía ninguna formación en lactancia materna:

Bueno, lo de la lactancia fue muy gracioso, porque su intervención en la lactancia fue ponerme al niño así, ¡mooooo! (gesto brusco), o sea, empujarle la cabeza contra la teta y yo flipando, ¿sabes? O sea, ni puta idea. [...] Y entonces te decían que cuándo podías, si no podías, te daban su opinión sobre todo lo que tenías que hacer, unas te decían una cosa, otras te decían otra, y sobre todo que con la lactancia te daban una información en plan... es que ahora no la recuerdo, pero me sonaba como a folleto, en plan «me he leído un folleto, y te lo transmito», pero es que ésa no es la ayuda que yo necesito, yo necesito que entiendas lo que me pasa, que me ayudes con el enganche...

Adriana es enfermera, y también piensa que el personal que le atendió no tenía suficientes conocimientos en este tema:

El pediatra revisaba al bebé sin que yo estuviera presente, y solo si hacía falta que te dijeran o comentaran algo te llamaban o iban a tu habitación a decírtelo. Me obligaron a hacer doble pesada porque según la pediatra no tomaba pecho correctamente y estaba deshidratado, y me hicieron quedarme un día más de ingreso, cosa que no hubiera sido necesaria si se hubieran molestado en ver si mi hijo mamaba correctamente y si me hubieran preguntado algunas cosas básicas como si hacia cacas y orinaba.[...] El personal de enfermería, tanto enfermeras como auxiliares, no tenían conocimientos sobre lactancia materna y no podían asesorarte correctamente, y luego se contradecían continuamente con sus indicaciones.

Esta sensación de personal que se contradice entre sí y que realmente transmite sus propios prejuicios es muy frecuente en las madres, *Txu* comenta que cada persona le decía algo diferente. Dice *Adriana* que:

No tienen conocimientos de lactancia. La pena es que es normal, pero no debería ser normal, lo lógico es que sepan, es lo lógico. Pero te encuentras con gente que te habla además de su experiencia propia y no se forman para ello, o sea, la matrona sí, porque se forman para ello, pero, claro, en una unidad de hospitalización de maternidad no están formadas, y es que deberían ser especialistas en ello. O sea, deberían ser matronas.

Nessi, pediatra y madre de tres hijos, cuenta lo siguiente:

El personal que había aquel entonces no tenía mucha idea de lactancia materna, y cada uno te daba una información muy diferente, depende de a quién le preguntaras, a la enfermera de la mañana, la enfermera de la tarde o la enfermera de la noche. Bueno, yo ya sé mucho de lactancia, y con el segundo y el tercero no hubo problema, pero una madre que es primeriza puede salir con un cacao muy serio y que además no ayuda para nada la instauración de una adecuada lactancia.

Estas contradicciones entre el personal pueden darse también en otros momentos, como cuenta *Besly*:

Primero vino una enfermera encantadora que me dijo «¿no quieres dormir con el bebé?», yo tampoco me había informado, digo «¿puedo? Me parece un poco peligroso», yo estaba un poco pánfila, para que te voy a engañar. «Me parece un poco peligrosa la cama, es muy estrecha», me dice «no te preocupes», me subió las barreras, me lo forró de almohadas, y ahí me puso al bebé, digo «ah, pues gracias, muy bien». A la mañana siguiente vino una, «¿a ver qué hace este bebé en la cama?» (voz chillona)...

Alexia explica cómo según la enfermera que estuviera, se mostraba disponible para ayudar o no.

El primer día de vida de mi hija, las enfermeras fueron muy atentas, y me ayudaron con la lactancia, me dijeron que cualquier duda las llamas para ayudarme. El segundo día, con un turno diferente, la niña no se enganchaba bien, avisé a la enfermera para pedirle ayuda, y de malas maneras me dijo que tenía que hacerlo yo sola, que no se iba a venir a casa conmigo para atenderme.

A *CrisVR* le parece muy frustrante esta presión por parte de las enfermeras de que diera biberón:

O sea, el no comentarte las cosas y sobre todo el tema de las enfermeras con la lactancia... mogollón... Te sientes como una mierda, porque dices... «joder, para mí es tan importante darle el pecho, y tú me lo estás impidiendo, y me estás

diciendo que no es importante, que un biberón»... y sí, ahí se metían mucho, en plan «pues es que si prefieres matarla de hambre, pues dale un biberón, pues...», eso no sé ni cómo... la falta de asesoramiento en la lactancia es en plan de «eres lo puto peor porque vas a matar de hambre a tu bebé».

Sayenas incluso llegó al enfado:

Hasta me tuve que enfadar con ellos con el segundo es por el tema del bebé y de la alimentación: si yo ya te he dicho que quiero lactancia materna, que le quiero dar el pecho, no vengas tooodas las tomas a preguntarme si le voy a darle el biberón, porque no le voy a dar, y es algo que me da pena porque no se fomenta la lactancia materna, o la mujer va informada, o desde el parto se la cargan, como yo digo, o sea... El personal tiene muy poca formación en lactancia materna; algunas sí, por ejemplo la primera matrona, con la primera niña mía, según yo subí del quirófano, en seguida vinieron, me dijeron cómo se tenía que agarrar y todo eso. Y porque yo estoy concienciada, porque si no, al mínimo problema que tengas, biberón, biberón, biberón... y eso no... Se cargan muchísimas lactancias, o sea...

Cumbia, de hecho, no encontró la ayuda que necesitaba y acabó perdiendo ambas lactancias:

Con lo de la lactancia, que eso es otro tema, ése sí que es un temazo... tampoco mucho interés, en los dos casos. O sea, «sí, ¿qué tal, se engancha bien?»... pero no. Yo creo que hay que estar más atentos. Ya te digo, por mi experiencia, qué creo que se debe hacer, porque los dos casos de la lactancia, un desastre, en mi caso. Pero yo hubiera necesitado más acompañamiento en la lactancia, tanto en el hospital como después. Porque claro, tú luego después vas a ver a la matrona, y es también pim-pám, «¿qué tal?, póngela al pecho», pero ahí en la consulta, de una manera que no estás en la intimidad, que... que no. Muy mal. Un desastre.

Mrg78 cuenta una anécdota que le sucedió para exponer cómo muchas veces los propios profesionales **se basan en sus propios prejuicios** sobre la lactancia materna para, revistiéndolos de su autoridad profesional, ocultar una falta de formación real en temas de lactancia. En su caso, buscaba un segundo embarazo y su ginecóloga decía que no lograba quedarse embarazada por estar dándole aún el pecho al mayor:

Fue muy frustrante porque se repite la situación de «médico que te atiende como si tú fueras una indocumentada», como si no tuvieras ni idea, entonces primero me dijo que tenía que dejar de dar el pecho, le dije que no creía que fuese el caso porque yo no cumplía esos puntos que dicen cuando dar el pecho te sirve de anticonceptivo, el bebé ya comía comida sólida, yo estaba muchísimas horas sin darle el pecho por ir a trabajar y ya no me sacaba leche (yo desde que cumplen un año ya no me saco leche, ya se regula solo), entonces yo me pasaba desde las ocho de la mañana hasta las cuatro, las tres de la tarde, sin darle nada, y bien, pues todas estas cosas que no se cumplen, además había pasado bastante tiempo, y tal. Entonces, cuando me miró en la revisión y le comenté las molestias y me miró en la ecografía, me dijo que veía algún folículo,

no sé qué, tiene que estar a punto, tal. Entonces le dije que el pecho no se lo iba a quitar, que en principio no tenía intención de destetarlo, y me dijo «bah, mujer, si es que ahora ya no está comiendo, eso lo usa de chupete», también me dijo «lo tienes que dejar porque si no lo dejas no te vas a quedar embarazada, y si te quedas embarazada, te vas a desgastar», palabra de médico, ¿eh? Es verdad que esta ginecóloga ha sido mi ginecóloga hasta que me embaracé, cuando me embaracé como busqué otra ginecóloga, de parto respetado, entonces no estuve con ella, pero sí la retomé después pues por circunstancias, y como ginecóloga, para lo que es el tema no reproductivo, a mí me iba bien... pero ya no. Entonces me dijo que me iba a desgastar, y minutos después me dice que el bebé sólo chupa por chupete, entonces yo le dije «¿y cómo me va a desgastar, si sólo está chupando, me va a desgastar el pezón, me va a erosionar?» (se ríe).

La leche materna está considerada como un asunto de salud pública por la Academia Americana de Pediatría. En España, la Asociación Española de Pediatría tiene un comité de lactancia materna, donde se especifica cómo se debe de favorecer la lactancia materna a las madres que deseen dar el pecho, ayudándolas y apoyándolas en su decisión. Sin embargo, muchas madres no se sintieron correctamente asesoradas, encontrando una falta de formación en temas de lactancia entre el personal hospitalario, con contradicciones, prejuicios o falta de interés. También, resaltaron cómo el fomento de la lactancia materna quizás entra en conflicto con intereses o acuerdos que los centros puedan tener con fabricantes de leche de inicio para los recién nacidos, cuyas muestras no se deberían ofrecer, pero que siguen obsequiándose impunemente en centros hospitalarios, centros de salud y farmacias.

5.3.5. Atención obstétrica en el puerperio

El puerperio, como decimos, es un momento de gran vulnerabilidad, de sentimientos contrapuestos, de redescubrimiento e incluso de crisis vital. Algunas madres no se sintieron correctamente atendidas, en general, durante los días en que estuvieron hospitalizadas después del parto. *Kalí*, por ejemplo, se sintió muy maltratada:

El antigitanismo con el que fui tratada... en el segundo parto me hospitalizaron en planta en una habitación aparte de las demás. En el primer parto incluso me llegaron a decir que lloraba mucho (por no ver a mi hijo) y que la fiebre que tenía era psicológica. Tuve un seroma, una infección después de la cesárea.

Anabel explica cómo la separación de tantas horas con su primera hija dificultó el establecimiento de la lactancia:

Tardaron horas en darme a mi hija, y en esas horas ella estuvo llorando fuerte, sin parar, cada segundo. Así que cuando al fin tuvieron a bien dármela y me la puse al pecho, ella estaba tan nerviosa, obcecada, angustiada, que se enganchó mal al pecho, desesperada, empezando a mamar de la areola. Debido a su nerviosismo y mi inexperiencia, no me di cuenta de que estaba mal enganchada hasta pasado un rato, lo que me produjo heridas y grietas en el pezón. Empezó mal nuestra lactancia, y cada vez que me pedía teta lo hacía gritando desesperada, quizás porque la experiencia del inicio le decía que solo así conseguiría cercanía y teta. Y se enganchaba fuerte, con ansia. Tuve grietas en ambos pezones y la herida que mencioné antes. Fueron unos 10-15 días muy dolorosos. En cuanto salí del hospital acudí a una asociación de ayuda a la lactancia, donde me ayudaron a corregir la postura, y poco a poco las heridas curaron.

Kokoritza se sentía «secuestrada» porque se encontraba bien pero no le dejaban marcharse a su casa. *Happymoon* tenía mucho dolor a causa del hematoma que le produjo una serie de prácticas que le realizaron, pero cuando pidió ayuda, la primera enfermera desoyó su petición:

Pero claro, o sea, lo que pasó es lo del hematoma que me dolía muchísimo, muchísimo, y era inaguantable, y le decía mi marido «ve y avisa, tal y cual» y decía «¿cómo no quieras que te duela, si acabas de sacar por ahí a dos criaturas?», pero despectivamente, como diciendo «qué floja eres», hasta que luego vino otra y dijo «jostiaaaa!» (se ríe). La primera enfermera no volvió a pasar, no me dio ninguna explicación.

Bea cuenta lo mal que lo pasó a causa de unos coágulos:

Yo la primera noche la pasé muy mal, porque tuve unos coágulos y así... y ahí sí que... bueno, me trajeron de todo un poco. De exagerada, de... bastante mal. [...] Me ignoraron y me trajeron de ingenua («es normal sangrar después de parir»). Después no podía hacer pis y me sondaron con muy mala leche. Finalmente se dieron cuenta de que se me habían formado coágulos (no me explicaron el motivo en ningún momento, yo estoy segura que fue por extraer manualmente la placenta). Me trajeron que sacar los coágulos manualmente de una forma muy dolorosa. Salió un coágulo más grande que la propia placenta, y eso que me trataban de exagerada.

A *Besly* poco menos que la tacharon de poco aseada porque no quería bañar a su bebé:

A los cinco minutos vino el sheriff (se ríe): «bueno, date cuenta que nosotros tenemos unos protocolos de higiene, los pediatras, claro, la higiene es muy importante». Y yo: «y no se lo discuto, la higiene es muy importante, pero la vamos a lavar poquito, pero no es necesario bañarla», «no... porque tal», digo «vamos a ver, si usted va a tener un problema, con el pediatra, hable con el pediatra, que el pediatra hable conmigo y yo le explico por qué no voy a bañar a la niña, para que tú no tengas ningún problema, pero a la niña no la voy a bañar», yo pensando «ya me lo hicieron con el mayor, no lo voy a hacer con la pequeña, ¡no me da la gana!». Entonces fue un poco lucha, al final me dejaron ir, y mi marido se la llevó él al nido a que la pesaran, medir y se hizo caca. Y le

cogió la enfermera y dijo «bueno, es que se ha hecho caca, cámbiala tú porque yo no sé si la limpiáis o no» (se ríe), se quedó mi marido como diciendo «hombre, la limpiamos y muy bien, que limpiar y bañar no es lo mismo», como que nos pusieron ahí la pulla como que no la queríamos bañar, que si era una cochinada.

En efecto, la evidencia científica (Preer *et al.*, 2013: 485) demuestra que no es recomendable bañar al bebé hasta unos días después de nacer, porque la vérmix caseosa es excelente para la piel del recién nacido, además de otra serie de ventajas, como la ayuda a establecer el vínculo y la lactancia materna.

Las madres también relatan cómo les causaba desazón que se llevaran a los bebés para revisarlos o hacerles pruebas. Por ejemplo, *Amanda* comenta que:

Otra situación difícil para mí en ambos ingresos 1 y 2, fue cada vez que se llevaban a los bebés al nido para pesarlos, limpiarlos, etc. Recolectaban a los bebés de varias habitaciones, los atendían de a uno mientras la mayoría lloraba. No permitían el ingreso de las madres con sus bebés en ese nido, ni estaban dispuestos a realizar esos cuidados en cada habitación de a uno por vez. Esas separaciones, aunque cortas, eran muy estresantes para mí. Las percibía eternas, aunque desconozco cuál era su duración real.

Mrg78 no entiende la separación de madre y bebé para las pruebas. Tuvo que pedir muchas veces que le permitieran acompañar a su bebé:

Me pareció mal que para las dos pruebas que se les hace posterior a su nacimiento y antes del alta (prueba del talón y audiometría) me separasen del bebé. Son pruebas que no impiden que su madre pueda estar con él, es más, estando con su madre el desarrollo de las mismas sería más fácil. De hecho, la audiometría del primer hijo salía mal porque lloraba y se movía y me dejaron repetirla al día siguiente en mi pecho y fue todo súper fácil.

[...] Como no se lo pudieron hacer por lo que se movía y lo que lloraba, me lo devuelven a los dos horas y me dicen que no se lo han podido hacer porque se quitaba los cacharros, no sé qué, mañana lo intentan otra vez, que es cuando me daban el alta, entonces le dije a la enfermera «por favor, déjeme ir con él», como ya no era dentro del protocolo de ir todos los bebés juntos, como era sólo el mío, dijo «bueno, vente tú», y ahí descubrí lo que era la famosa prueba, y con él en bracitos le pusieron la cosita, y cuando se movía yo le ponía la teta, entonces él chupaba la teta y se lo hicieron perfectamente. Y yo le decía a la médica «¿pero por qué no lo hacen así siempre, si tardarían ustedes menos y se aseguran de que sale la prueba en el 99 por ciento de los casos?», y que no, que es protocolo.

Sfg directamente se negó a ciertas pruebas:

En el 1º parto tuvimos que negarnos a algunas intervenciones al bebé por la hora a la que querían hacerlas (prueba de audición a las 5 de la mañana).

Besly cuenta cómo la prueba del talón de su segunda hija fue «una verdadera tortura y una salvajada»:

Y luego tuvimos problemas en planta también con la pequeña por la prueba del talón, ahí sí que me doy de golpes con la cabeza cada vez que lo pienso lo que le dejaron hacerla, porque no entendí muy bien qué estaba pasando. Se la llevaron a hacer la prueba del talón, estaba mi marido con ella, y no paraba de llorar. No paraba de llorar. Y es que el problema es que la niña no sangraba, y no paraban de pincharla y pincharla y pincharla, y ya le dije que corte, por el pasillo se veía... Entonces dice «bueno, pues vamos a buscar a un especialista en neonatos y tal», entonces, en la misma habitación, encima de mí, se pusieron a ponerle lancetas, la niña lloraba como una loca, como una loca, y la estrujaban el pie para sacarla sangre y no salía sangre. Pero si no me hacían la prueba no me dejaban irme a casa, y yo no entendía muy bien qué estaba pasando, o sea, no entendía por qué no podía irme a casa y luego hacerle la prueba o por qué estaba saliendo mal la prueba o por qué era tan necesaria la prueba ya, ya, ya.

A *Lola* la tacharon de irresponsable:

El día que nos íbamos vino una enfermera a explicarnos cómo teníamos que cuidar al niño. Cuando vio que yo llevaba pezoneras se enfadó mucho porque ellas no me las habían dado. Le dije que yo ya me apañaba y me dijo «pero, ¿tú no eres primeriza?». Yo sí que necesitaba ayuda, pero no creía que una charla de cinco minutos fuera la solución y mi compañera me hacía visitas diarias donde estaba conmigo una o dos horas. Al final, nos pegó la bronca y nos trató, a mi compañero y a mí, de irresponsables.

Amanda cuenta, sobre su primer postparto:

Súper mal. Más de lo mismo. Entrar y salir sin explicar nada, sin presentarse, dando instrucciones, decidiendo en qué momento se llevaban al bebé, te viniera bien a vos o al bebé o no, estuviera dormido o no, era todo como muy atropellado. Muy todo en función del ritmo de la sección, claro, entonces el trato... yo qué sé, ahí, no sé, pedí ayuda, me dieron poca, la poca ayuda que pedí, que era en relación a la lactancia, no me la dieron, había un sillón que no servía, o sea, en el momento yo no lo sabía, yo seguía las instrucciones que me daban, pero la «experta en lactancia» me dijo todo al revés, después lo subsané, pero yo me quería ir rápido de ahí. No, no, no, remal. Y después... el trato fue atropellado, impersonal...

Algunas madres resaltan la **falta de intimidad**, como *Andrómeda*, que me contó cómo el personal entraba entraba y salía de la habitación cuando les daba la gana, «queriendo intervenir porque el bebé lloraba, dando consejos no pedidos, etc.». El matrón *Jjj* expone que la intimidad es totalmente imprescindible en este contexto:

Hay que tener en cuenta además la naturaleza sexual de las hormonas del parto. Las mismas que actúan como motor de nuestra sexualidad. Estas hormonas nos empujan a vivir y a sentir, a desear, a amar, pero tienen sus propias reglas del juego, nos hacen buscar intimidad, privacidad y seguridad para poder liberarlas

espontáneamente. Parir así se transforma en una experiencia humana, consciente, sudorosa y poco elegante pero intensa e inolvidable y transformadora, realmente muy transformadora de todas las figuras allí presentes en ese momento sublime. De la mujer, de su pareja y de quienes acompañamos.

Sayenas encontró muy duro el **compartir habitación con muchas otras mujeres** también por esa falta de intimidad:

No es lo mismo estar tú en una habitación con tu familia, con tu bebé recién nacido, que estar en una habitación con cuatro, cinco y hasta seis parturientas más, como a veces en este hospital, y el trato... Es verdad que ha cambiado bastante, pero a mí no me hablaban bien del trato del personal, y yo creo que es un momento muy importante de la vida de una mujer como para no estar a gusto, o estar deseando... que sí quieras volver a tu casa, pero no estar deseando huir de allí. Hace poco una amiga me contaba que la tuvieron que sondar y la sondaron delante de hasta los familiares de otras personas, en un hospital público... Y yo le dije... pero, primero, ¿por qué permites eso? Pero claro, son momento en que la mujer está a veces tan débil, tan superada por la situación... Esas cosas no pueden pasar.

Sobre la falta de intimidad y la necesidad de tranquilidad para poder establecer correctamente el vínculo los primeros días, muchas madres comentaron lo mal que vivieron las **visitas hospitalarias**, muchas veces totalmente irrespetuosas. *CrisVR*, por ejemplo, cuenta que:

Creo que las visitas deberían estar reguladas porque no hay manera de librarse de familiares. Debería estar prohibido. [...] No había ningún tipo de control de la gente que entraba en la habitación y eso me fastidiaba bastante, o sea, hubo un momento en que se llegaron a juntar veintitantas personas, con la niña llorando, queriendo comer, yo queriendo darla teta como buenamente podía, y ahí todo el mundo en plan reunión familiar de mi ex suegra, y eso me parece fatal.

Claudia compartía habitación con otra chica y lo pasó muy mal a causa de las visitas de ésta:

La chica que había en la habitación, bueno, aparte de que hubo visitas, claro, que es normal que te visite la gente, mi marido terminó echando a todo el mundo de allí, la chica se ve que era cofrade o algo así, eso era un puto cachondeo, la gente vestida por ahí, venían de la procesión, no sé.

A *Jable* una matrona le recomendó decir las cosas claras:

En ese sentido la matrona que yo te decía era «hija, tú los mandas a la mierda, que se vayan todos, que os dejen en paz, habéis parido, que ya llegarán las visitas más adelante», o sea, en ese sentido ella muy bien.

Para *Emma*, las visitas fueron «lo peor del puerperio». Además, señala que la falta de respeto de los visitantes es algo que se le hacía muy poco llevadera:

Lo de las visitas es un puto infierno, ya no me va a volver a pasar, y fue lo peor de mi parto... Tan horrible fue que a los días yo dije «no aguento un día más aquí», o sea, otro día que recibo gente, me pego un tiro, vamos. Entonces vino el ginecólogo que me hizo la versión cefálica, que me venía a ver la cesárea, y digo «yo tengo que pedir el alta aquí como sea», entonces cuando vino a verme le dije que por favor que me diera el alta, que yo me quería ir a mi casa, que no aguantaba otro día más. Y muy majo, vieron que estaba bien, que me podía mover, y me dieron el alta un día antes. Y se lo agradecí también un montón, porque... eso es un horror. De repente, mogollón de gente, que se pone además a hablar ahí, o sea, hubo momentos de locura, de locura.

[...] Yo le dije a mi chico «la próxima vez que vengamos, nos traemos un cartel de casa que ponga “He nacido, estoy muy bien, os veré dentro de tres meses en mi casa”», o sea, la falta de respeto de la gente es alucinante. Alucinante. Hubo un momento que había como quince personas en la habitación, que habían hecho minigrupos, claro, gente que... pues como en los funerales, en los tanatorios, que hacía a lo mejor no sé cuánto tiempo que no se veían, que se ponen a hablar de otras cosas... Para mí eso fue lo peor. La gente no respeta. Cuando nació el bebé, durante las primeras semanas, mi padre no lo quería coger. Y yo le decía «joer, papá, ¿no quieres coger al bebé?», «no, no quiero cogerlo, no lo quiero coger», y luego hablando con él me decía «es que tiene que estar contigo», ¿no? Y fue la única persona...

Amanda me comentó el contraste con su tercera hija, que nació en Holanda, en cuyos hospitales no se permiten visitas por respeto a la madre y al bebé. De hecho, en Holanda los ingresos hospitalarios son sumamente cortos:

Acá, por ejemplo, en Holanda, no dejan entrar a las familias cuando nace el bebé, si alguien se tiene que quedar dos días por lo que sea, porque tiene una necesidad médica, los familiares no pueden entrar, se prioriza todo el tiempo la tranquilidad, la seguridad, la salud del bebé... Cuando nació mi segunda hija en España, había unas fiestas en el pasillo, era la una de la mañana.

En el postparto y el ingreso hospitalario en dicho período, madres y bebés necesitan tranquilidad, intimidad y sosiego para establecer correctamente el vínculo, que la lactancia se inicie sin problemas, y que los primeros días (que suponen acostumbrarse a una nueva vida totalmente desconocida para las madres primerizas, y a un ajuste importante a la nueva situación familiar para todas las demás) se desarrollos sin sobresaltos, ajustándose a las novedades con serenidad. Pero muchas veces esto no es así, porque el personal irrumpen en las habitaciones sin el menor respeto por la diáda madre-bebé, y las visitas hospitalarias tampoco suelen tener en cuenta la necesidad de tranquilidad de esos momentos.

5.3.6. Ingreso en neonatología

Algunos bebés tuvieron que quedarse ingresados en neonatología por diversas causas, con lo que la relación con el hospital se alargó. Durante mucho tiempo se ha venido negando el dolor de la separación de sus madres en los recién nacidos, por lo que tratar delicadamente a los bebés ingresados en neonatología con prácticas no invasivas, respetando sus ritmos y facilitando el método canguro y el contacto con sus padres pasaría por que se reconozca a los bebés como seres sensibles, esto es: «el recién nacido sujeto en oposición a objeto de las prácticas médicas» (Dinerstein, 2000: 176). Sin embargo, en muchos hospitales, los protocolos en neonatología siguen resultando obsoletos. Según el Observatorio de Salud de las Mujeres,

Son muchas las causas dadas para justificar la entrada limitada de los padres pero ninguna se sostiene desde la evidencia científica. No hay ninguna base científica para separar al niño/a de su familia, y por otro lado existe base legal que reconoce su derecho a estar acompañado por su madre y padre. La recuperación de su papel como cuidadores no debiera necesitar justificarse tanto desde la evidencia científica como desde el sentido común y derechos ciudadanos, y no resulta fácil de explicar por qué se mantienen estas limitaciones en España (OSM, 2013).

La mayoría de ingresos en neonatos podían durar varios días. Las madres describen lo estresante que resultaba seguir el horario para poder estar con el bebé y darle el pecho. Por ejemplo, *Bac+2* tenía que estar continuamente desplazándose para ver a su hija:

Eran dos horas y media para entrar a dar el pecho, luego salías, luego el horario de la noche que era más difícil, y si no tienes coche también es muy complicado, no vives en la zona, era un poco complicado, pero aparte de eso... Por las noches me iba ahí, porque claro, es que es tu bebé, no era por sacarme leche y ya está contigo, prefiero verle aunque sea la madrugada, yo me iba, muchas veces digo a mi marido «no me voy a ir, me quedo ahí toda la noche».

Claudia podía estar con su hija todo el rato que quisiera, aunque sólo de día:

Dijeron de ingresarla en neonatos, y en neonatos ya era otra cosa, porque el personal es diferente, como que está más especializado, pero también cada una lleva su ideología al tema, entonces pues cada una te dice una cosa, está la que te dice que te pongas la pezonera, otra que la pezonera no vale para nada, la que no le des biberón, la que sí, cada una una opinión diferente, y allí pues nada, conectada al extractor, y nada, se supone que eso es abierto 24 horas, que tú puedes estar allí, de hecho te ingresan allí, en Guantánamo como yo le llamaba, en un cuartito con otra madre... Pero por la noche te quitan de la cabeza...

Happymoon cuenta que «te dejaban coger a los niños pero no te animaban a hacerlo». *Chos* explica cómo su hija tuvo una ictericia⁵⁶ por la que tuvo que quedarse en neonatos durante una semana. Sólo le permitían estar con ella quince minutos cada tres horas, para amamantarla, con el consiguiente estrés que supuso para ella pasar por la separación una y otra vez. Por las noches le daban biberones de leche artificial. Todo ello le produjo, relata, «un sentimiento de frustración, depresión, tristeza, angustia, estrés y ansiedad imposibles de explicar». *Chos* aún llora al recordar su tiempo en neonatos:

Y triste, y que te quieres morir, o quieres matar, es el día en que ves a tu hija en la incubadora con un chupete (llora). Cuando veíamos a los niños con chupete en la incubadora ya sabíamos lo que eso significaba (solloza): significaba que llevaba así horas, el pobre, llorando, tanto, tanto, que no lo podían soportar y ya le daban un chupete. Un niño con chupete en la incubadora era el desgarro más bestial, era saber que había estado sufriendo horas. No un rato, horas. Yo vi un día a mi hija con chupete, que además se había hecho caca la pobre dentro de la incubadora, estaba con una mierda encima espectacular, le tenían además el pañal abierto porque como le tenían que poner las luces, pues le tenían el pañal abierto y una mierda espectacular de grande, y todo secándosele con la luz ultravioleta. En fin... terrible, terrible.

Jable explica también cómo había muchos niños solos en neonatos:

Porque somos frontera con Portugal, y hay muchos portugueses que vienen aquí a dar a luz. Si se quedan los niños ingresados no pueden estar yendo y viniendo, entonces había niños que estaban solos. Yo hubo un día que cogimos a uno que no paraba de llorar, y era un niño portugués, y decía la enfermera «que alguien la coja, pobrecita, que está ahí desangelá», y claro, las pobres enfermeras por mucho que querían tampoco podían, y luego te dejaban ver el niño cada tres horas. Y entonces mientras entras, padre, madre, con la bata con la tal, la no sé cuántos, estás allí, no tienes sitio para estar, porque hay una silla, no hay dos, es que no te favorecen nada, porque claro, es el primero, ya te digo yo que con el segundo hubiera sido de otra manera, pero con el primero, mientras lo coges, los cables, no sé cuántos, no te enseñan a parar la máquina para ponértelo tú aquí, te dicen que te tienes que poner la bata esa que te llega hasta aquí... Es que es una situación... Con el primero perdí la lactancia directamente, si ya te digo, me hacían así en los pechos y nada nada nada, yo tenía una pena que me moría, y en cambio con Candela fenomenal. Pero claro, porque también me lo propuse.

Mathil sintió mucha angustia porque no sabía cómo estaba su hijo:

Luego en neonatos muy bien las enfermeras también, excepto una que me pilló de noche y era joven y... fatal, o sea... con poquíssima delicadeza. A mí no me

⁵⁶ La ictericia del recién nacido sucede cuando un bebé nace con un alto nivel de bilirrubina en sangre, por lo que adquiere un color amarillo característico en la piel y los ojos.

dejaron ver a mi hijo, se lo llevaron, me lo quitaron de encima, se lo llevaron a reanimarle y a todo lo que le tuvieron que poner, y esto fue a las nueve de la mañana, pues a mí no me dejaron bajar a neonatos a verle, y ya yo no sé a qué hora por la noche les dije... porque decían que yo había perdido mucha sangre en el parto, y que no podían dejarle, y les dije «o me bajáis en silla de ruedas o como queráis, pero yo voy a ver, que llevo aquí horas sin ver a mi bebé», y entonces ya me cogieron una silla y me bajaron, y pillé a una de guardia, o la que estaba en ese momento en el cambio de turno o lo que fuera, que era en el momento en que yo volvía a ver a mi bebé, y coge y se pone a explicarme que lo que le había pasado al niño... y a decirme que como yo tenía el estreptococo positivo, que por esa fisura que se había hecho en el neumotórax, que por ahí se podía haber metido la bacteria... ¡Y a mí me pusieron antibiótico todo el rato! Y era joven, ¿eh? Y cogió y me dejó... pues destrozada, yo no paraba de llorar, porque yo decía «¿qué me estás diciendo? Después de lo que he pasado, que he visto cómo se iba el niño, que me lo han reanimado, y tú me estás contando ahora esto, cuando lo que están intentando el resto de enfermeras es darme ánimos...», pues recuerdo que había otra que cuando llegó me dijo «tú no te preocunes, que a tu bebé no le va a pasar nada, que cuando me lo han traído, me ha agarrado tan fuerte con la manita, que son de esos bebés que sabes que quieren vivir, y a tu bebé no le va a pasar nada».

Su pesadilla se repitió en su segundo parto: de nuevo, a su bebé hubo que ingresarlo en neonatos, pero en este otro hospital la experiencia fue mucho más llevadera.

Yo tuve que tener al pequeño igual, diez días en neonatos, igual, por infección, el pequeño sí que dio positivo, y ahí no te separan en ningún momento del bebé, todas las pruebas te las hacen encima, a mí me pasaron cuando yo me tuve que ir a neonatos con él, y pasas las 24 horas, tienen una sala para cuando tú necesitas irte a duchar o cambiarte de ropa o si quieras descansar en una sala que tienes para ti, y si no te tienen unos sillones para que tú estés al lado en todo momento de tu bebé y no te retires. O sea, que en esa parte mucho mejor el hospital.

Txu se pasaba el día discutiendo con el equipo de neonatos:

El trato en neonatología, el principio fue horrible, porque igual, nos vacilaron, que si el biberón, que qué decíamos que si el chupete, que iban a hacer lo que ellos creían lo más conveniente para el servicio... ¡para el servicio, no para mi crío!, y fue una entrada horrible, imagínate cómo estábamos nosotros, pelando por lo que creímos que teníamos que pelear, y ellos ridiculizándonos todo el rato, y fue horrible porque encima... bueno, yo creo que creo tensión entre el equipo y nosotros y nos sentíamos bastante fuera de lugar... o sea, como que nos hacían bastante el vacío.

Además, *Txu* destaca cómo existía un continuo pudor en torno a la desnudez:

Y no me lo facilitaron nada, porque por qué tenía que estar desnuda allí, que no era necesario que hiciese piel con piel con mi bebé, allí como estaba en cuidados intermedios son cristaleras, entonces ahí todo el mundo nos ve, todo el mundo que pasaba te veía, y a ellas no les gustaba que estuviese desnuda allí, y...

intentaban que no estuviese desnuda, que no era necesario hacer el piel con piel, que no era necesario que hiciese extracción doble.

Ese mismo pudor lo sintió también el día de su parto: se intenta tapar la desnudez, el animal que hay dentro de la mujer, porque eso es contrario a la visión controladora de la obstetricia más medicalizada:

Yo no soy nada pudorosa, de hecho, otra de las cosas así como anecdótico... yo lo primero que hice fue desnudarme, y cada vez que entraba alguien ahí me quería vestir, «¿pero qué hace esta chica desnuda?» y mi pareja y la matrona decían «déjala, quiere estar desnuda», pero me sorprendió cómo todo el mundo que entraba me quería tapar. «Tengo un calor que me muero, me da igual, llevo aquí un mes y me ha visto hasta el tato todo, ¿y no puedo estar desnuda pariendo?, dejadme en paz», pero es tal el pudor ése que hay siempre que todo el mundo me quería tapar (se ríe). ¡Dejadme en paz, que estoy genial así!

Respecto a los bebés que necesitan ser hospitalizados, mientras que en todas las UCI de países como Suecia, Gran Bretaña o Luxemburgo los padres tienen libre acceso, en España sólo se permite el acceso en un 11 % de unidades, y sólo se practica el método madre canguro⁵⁷ en un 23 % (Perapoch López *et al.*, 2006).

La separación madre-bebé es, pues, absolutamente perjudicial y no está justificada más que en casos extremadamente graves.

5.4. DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN GENERAL

5.4.1. El aspecto emocional de la obstetricia

La humanización del parto es una parte de la mejora de la humanización de la obstetricia. Según el **modelo tecnocrático** de Davis-Floyd que veíamos en el apartado 4.1.5, según el cual las instituciones se encuentran gobernadas por un poder patriarcal y que se caracteriza por una fuerte orientación hacia la ciencia, la alta tecnología y el beneficio económico, la asistencia al parto conllevaría un gran intervencionismo y una alta medicalización de los procesos naturales. En este modelo tecnocrático las mujeres se sentirían desdobladas, al vivir sus partos a través del filtro de las máquinas. Si la atención obstétrica propia de la biomedicina se centra en la tecnología, se alejará de las emociones, de lo invisible: realzará las cuestiones técnicas para lograr la salud en

⁵⁷ Método que coloca al bebé piel con piel con la madre o el padre, aunque tenga que seguir llevando respiración asistida o similar; se ha demostrado absolutamente beneficioso, además reduce el tiempo de hospitalización de los bebés.

detrimento de otras más emocionales. Así, muchas mujeres destacan cómo en la atención obstétrica el **aspecto emocional** es aún algo a lo que no se le da la debida importancia: comentan cómo se sintieron **ignoradas** y cómo el trato resultó **impersonal**.

Andrómeda habla de los ginecólogos como de seres «robotizados»:

El trato de los ginecólogos en general durante el embarazo (en el primero los ecógrafos y en el segundo el que me tocara de turno en cada revisión) fue frío y distante en casi todos los casos. Muy robotizados, poco sensibles, parecía que estuvieran revisando las bujías de un coche. Destaco por ejemplo la manía de comentar en todas las ecografías algo así como: «está todo bien, pero eso no quiere decir que surjan otros problemas más adelante». Iba agobiada a todas las citas y salía peor, me llevaba unos días recuperarme. En mi segundo embarazo, tuve un brote de asma que tuvieron que tratarme con medicamentos no 100 % seguros para el bebé. La información que me daban al respecto de la idoneidad del tratamiento y la seguridad de los medicamentos variaba según el médico que tuviera delante. Fue muy confuso y estresante. En mi segundo embarazo sobre todo, creo que estaba en un «estado de supervivencia» tal, que no me permitió pararme de verdad a ver qué quería y qué necesitaba realmente con respecto al parto.

Lucía notaba que cuando iba a hacerse una ecografía sólo importaba la imagen mostrada, como si ella no estuviera ahí:

Ahí te sientes un poco... (chasquea la lengua)... te hacen partícipe porque al principio están hablando contigo y tal, pero cuando ellas ya encuentran lo que quieren ver dentro de la ecografía, se dedican a dar sus nombres y palabras que tú no entiendes, y ya luego después de un rato vuelve a ti la atención, pero hay un momento en que desconectan de ti, sólo están diciendo palabras de lo que ven y de lo que hay.

Y es que, sobre las ecografías, cabe señalar el peligro de que se dote de personalidad y autonomía al feto, por lo que la mujer embarazada pasa a convertirse en mero entorno (Narotzki, 1995), lo que conduce a la invisibilización de la mujer gestante, estableciéndose un diálogo médico-feto sin mediadores más allá de las máquinas y demás pruebas médicas.

A *Chos* la cosieron sin hacerla el menor caso:

Cuando me estaba cosiendo paraba con la aguja en la mano, y sus guantes ensangrentados, y miraba a las otras les decía «ya te lo he dicho, con tu hija o empiezas a cambiar las cosas o esto se te va de las manos», con la aguja en la mano y todas las manos ensangrentadas y yo rezaba y decía «dios mío, por favor, que siga cosiendo, que pare de hablar, que se me va a pasar la anestesia», y paraba cuando le daba la gana, y estaba cosiendo y estaba a lo suyo, o sea, como si yo no estuviera allí, realmente era así de fuerte, que visto desde los ojos de ahora parece un trato realmente inhumano en cuanto a poca sensibilidad, a

nada de empatía... a no darse cuenta del momento tan importante que es para una persona que está allí. O sea, ellas actuaban como si yo no estuviera, cuando se dirigían a mí era como si fuera una niñita, «bueno, que no te quejes, vamos, venga, que no pasa nada, esto es así, ¿va a doler tanto? ipues no será para tanto, vamos, pare todo el mundo!», riñéndote, quitándole importancia a lo que tú sentías, por supuesto no podías decir nada de cómo te sentías, de angustia, de triste, o de... nada.

Según *Lola*, a los profesionales les cuesta mucho ver a la persona que tienen delante, y «que tú preguntes no quiere decir que les cuestiones». Para *Happymoon*, la atención médica consigue que la mortalidad sea baja, pero a nivel humano «deja mucho que desear». Así, *Ángela* destaca cómo resulta sumamente necesaria la parte humana y emocional, y comenta que hay mujeres que han llegado a desarrollar auténticos traumas por una mala atención obstétrica:

Entonces, bueno, tienes que contar lo mismo cada vez que te va tocando, y también un poco impersonal, poco humano, quizás, pero bueno, correcto, tampoco... Pero no... yo creo que falta una parte un poco más humana a las mujeres en ese estado, sobre todo a las primerizas, que vamos con más miedo, sí que falta ahí un poco de empatía y preguntarte pues como hace mi médica de cabecera, que es un cielo, que cómo te va. [...] Esa parte humana y emocional, que yo creo que es importantísima, ser un poco psicólogos, y no voy a decir amigos, pero que hablar y contar tus cosas, yo esto sí que lo echo en falta.

[...] Yo creo que la parte emocional y demás es importantísima, yo por lo menos lo sentí así, y la mayor parte de las mujeres con las que yo he hablado lo han sentido igual, he conocido a gente con verdaderos traumas por la atención de los médicos y por los partos que han vivido, o sea que... pero trauma de «es que no quiero tener otro hijo porque no quiero pasar por esto otra vez», esta parte es importantísima y yo creo que no se valora, no se tiene en cuenta. [...] Yo creo que tienen un poco esa falta de humanidad y de conexión emocional con sus pacientes en muchas ocasiones. No siempre, he conocido verdaderos Mengueles, que van ahí con cuarenta de fiebre «tómate una pastilla» (voz estridente), en algunos casos están un poco endiosados.

Algunas madres destacan cómo los profesionales parecen **estancados en sus rutinas**: para ellos, la atención obstétrica es el pan de cada día, y quizás esto contribuya a que acaben cayendo en una despersonalización total y en un trato no del todo adecuado.

Mathil explica cómo debería mejorar el trato hacia las madres a pesar de dicha rutina:

Creo que los de los tactos, por ejemplo, creo que se podrían reducir mucho más, y sí que recuerdo que en primer embarazo, yo creo que fue la otra matrona, la que el algún... la forma de hablar de las primerizas un poco como... pfff... como que somos pesadas, y que... bueh, anda que no se va alargar, un poco como si fuéramos... que es el primero, y ahí es que no sabes a lo que vienes, por mucho que te cuenten, hasta que tú no estás no sabes, entonces sí que se produce en cierto modo... creo que el trato psicológico, a excepción de que des con una

persona como la que tú yo, creo que debería ser de otra manera, no se debería tratar... creo que el trato con la madre debería ser diferente.

Nausicaa comenta algo similar:

Al final es deshumanizar el trato del que tienes en la camilla, lo que te contaba al principio de que para ellos es el pan de cada día y para ti es algo super extraordinario, que te puede pasar una vez en la vida, o dos como mucho, o tres en mi caso, pero que no te pasa... Claro, alguien que está acostumbrado, y más en hospitales supongo todavía más grandes que atienden trecientos partos cada día, pues es muy difícil tratar o entender... Tú llegas ahí con tu mochila, tu *background*, «pues yo no quiero esto, por esto y por esto», y detenerse a entender a cada persona es lo complicado.

Savannah es ginecóloga y tiene ese miedo de caer en la rutina:

Y sí, me da bastante miedo caer en la rutina, sobre todo no quiero ser ni irrespetuosa ni autoritaria, porque yo también... o sea, yo acabo de terminar, llegué aquí el año pasado, son matronas que llevan años trabajando y tienen una manera de trabajar, entonces... bueno. No sé... quería como tantear el terreno y hablarlo como más como equipo que no... «pues mira, no hagas esto porque no», creo que así no funcionaría. Entonces no en todos los partos estoy, a veces no sé exactamente qué hacen, qué no hacen... aunque son bastante respetuosas, y si en algún momento hacen... piden permiso siempre para explorar o hacen alguna maniobra de Hamilton sin permiso... por ejemplo ella lo ponía en el plan de parto, una cosa que se habló, o no sé si algún Kristeller también, porque en algún momento yo he entrado y está la enfermera en plan apretando por arriba y yo «¡no!», dice «ay, es que me mandó la matrona».

Mar, matrona, dice que cuando caiga en la rutina dejará de trabajar:

Recuerdo que hubo una auxiliar que estaba y que dijo «ostras, hasta a la comadrona se le saltan las lágrimas», entonces a mí me salía del alma el decir «bueno, es que sí», creo que... es que ahora no lo puedo decir igual, «me salía del alma» (se ríe), «es que cuando un nacimiento como éste deje de emocionarme, creo que voy a dejar de trabajar».

Sin embargo, a pesar de ser un trabajo que se realiza todos los días, es posible ofrecer una atención de calidad y no despersonalizar a las madres. Es lo que comenta *Amanda*, que tuvo su tercer parto en Holanda y destaca cómo se puede dar una atención de calidad independientemente de que sea algo que se realice todos los días:

Luego cuando lo comentaba con gente dicen «no, claro, es que cuando ya todos días... después de tantos días de ver partos la gente se insensibiliza y no significa lo mismo para ellos», y no es así, porque yo no vi esto en Holanda!

Chos pide que se expliquen más las cosas, y *Civita* también destaca la falta de comprensión:

Porque encima tú llegas ahí con unos dolores, que llevas un día con dolores, que serán de parto o no, y te tratan así de mal, pues entonces sales como diciendo... te dan ganas de llorar, porque estás tú así de esa manera, y alguien en vez de estar comprensivo, se ponen así... [...] Parece como que estás enferma, y no hay ni una persona que te acompañe durante todo el proceso y que sea la misma todo el rato.

Júlia se sintió muy maltratada cuando acudió a un hospital tras un intento fallido de parto en casa:

Era simplemente «necesito a lo mejor un poco de oxitocina», o necesito... porque esta bebé no sale, llevamos muchas horas de expulsivo, pero... pues un poco de empatía, de «vale, pues ahora estás aquí, vamos a ayudarte a que nazca este bebé, te voy a hacer esto, o... mira, lo que tendríamos que hacer, una episiotomía», pues vale, me la haces, pero un poco de preguntar y de empatía.

Realmente aún se pregunta por qué fracasó su primer parto en casa, y piensa que es debido a que las comadronas que le atendieron no fueron capaces de darle el apoyo emocional que ella necesitaba:

Pienso que quizás si las comadronas hubiesen tenido... porque estaban en un papel muy muy pasivo, o sea, que está bien que el equipo que te atiende no esté muy interviniendo por allí, pero quizás no supieron captar un poco lo que yo necesitaba, y quizás si no hubiesen estado tan tan pasivas, yo a lo menor, no lo sé, pero este bebé a lo mejor sí que hubiese nacido en casa, no lo sé. Y bueno, a lo mejor me hubiese sentido un poco más acompañada por ellas durante el parto, que el algún momento era como «no sé ni dónde están las comadronas».

El Cid, ginecólogo, es tajante respecto al trato:

No cabe duda, el trato que recibe la paciente desde el primer día de consulta hasta el cumplimiento del plan de parto (al menos dentro de lo posible) influyen (más que determinan) en el estado emocional de ambos (no sonda vesical, no vía intravenosa por sistema, no rasurado, intimidad, piel con piel, lactancia, vacunas, etc.).

Marta también es ginecóloga y destaca cómo en las formaciones profesionales nunca se tratan temas que hablen de la humanización de la atención obstétrica:

Sí, puedes ir a congresos y eso, pero las actualizaciones... hay ciertas cosas de las que nunca se hablan, si no se reconoce la violencia obstétrica, ¿de qué se va a hablar? Entonces hay actualizaciones, pero todo muy mecanicista, de «esta estadística sale así, con esto, con lo otro»... todo muy estadístico y todo muy biomédico, pero en las actualizaciones no se habla de humanizar la asistencia ni cosas de éas. «Si ponemos este antibiótico antes, disminuye no sé qué», todo así... las actualizaciones son así, no son... de estos temas no se habla.

Matrona Empoderada comenta cómo la atención a las mujeres debería siempre incluir el aspecto emocional:

Y también me gustaría poder dar una atención de calidad en otros momentos a las mujeres, por ejemplo en las plantas de postparto, con las lactancias... tienen allí a personal sin ningún tipo de especialidad o formación y... la atención al postparto es de muy... bueno, podría decir inexistente, se limita a cosas rutinarias, y dar paracetamoles y tomar tensiones y cosas muy... médicas, pero no es lo que necesitan, a mi modo de ver, los bebés, las madres y las familias, ni en el embarazo ni en el postparto.

Smiling Caballero es ginecólogo y antes se dedicaba a los partos domiciliarios, y destaca cómo en éstos el aspecto emocional es de suma importancia:

Entonces yo por rutina, en mis años de trabajo asistiendo el parto en domicilio he ido cuidando todos los elementos emocionales y no he presentado consentimientos informados. Pero claro, ahora me encuentro con que es que sí que tengo que presentarlos, y si presento los consentimientos informados ya estoy ejerciendo ese efecto placebo y entonces ya toda mi teoría se me cae, porque entonces ya no estoy mimando esas condiciones emocionales, las que yo quiero mimar para los partos en casa, y entonces ya me tengo que dedicar al parto en hospital, y ya si me dedico al parto en hospital, pues ya tiene que ser rigurosamente siguiendo los protocolos... y entonces mi conclusión final es que es... el parto de verdad, de verdad, de verdad, es o todo o nada: o sea, si tú quieras un parto desmedicalizado, totalmente basado en lo que la naturaleza tiene previsto, es muy difícil que lo consigas. Porque va a ser muy difícil que haya un profesional dispuesto a tener un parto de verdad mimando esas condiciones... condicionantes emocionales.

Algunas madres se sentían vulnerables por notarse, nuevamente, **presas del azar**: no podían tener asegurada una atención de calidad, puesto que ésta era «cuestión de suerte», esto es, dependía del profesional que les tocara. Por ejemplo, *Maicha*, que ha pasado por cinco partos en el hospital, opina que:

Depende de con quién des. Depende mucho con quién des, la bicoca del turno, y sí que te da miedo, porque aparte vas predisposta a la lucha, no vas a vivir tu embarazo, tu parto, vas en plan «a ver, y ahora, ¿por dónde vais a salir?», vas a la expectativa, y no debiera ser así.

Mathil piensa que al final lo importante no es el centro hospitalario como tal sino los profesionales que atienden:

Me he dado cuenta de que teniendo una matrona como ella da igual dónde des a luz en el hospital, porque ella [la matrona], entiendo que se saltó los protocolos, o sea, dio prioridad a lo que yo la estaba transmitiendo, que además la recuerdo que ella era como... tenía otra mentalidad, ya te digo, era una persona... hablándote super suave, una delicadeza... o sea, un trato humano, que yo por eso te digo que me pusieron un ángel. O sea, que fue, pues eso... casualidad. Si ella no hubiera estado allí, probablemente de este hospital estaríamos hablando de otra manera.

Covicheira, matrona, habla sobre lo estresante que resulta este factor azaroso:

Es un factor estresante para la mujer no saber con quién se va a encontrar allí o cómo la van a tratar o qué tendencia tiene la persona que te trate, las mujeres saben que tú vas y depende de quién te toque pues vas a poder parir en una postura o en otra, vas a tener que ponerte en el potro obstétrico o no, te van a animar a estar con métodos no farmacológicos o bien te van a invitar a que te pongas la epidural... ellas lo saben.

Mar, también matrona, añade:

La atención al parto no es equitativa, ya que depende de en dónde vivas, en qué hospital te toque acudir y quién te asista, la asistencia será distinta, y aunque ha mejorado mucho, no todas las mujeres tendrán los mismos derechos. Los protocolos no son iguales en todos los hospitales ni en primaria, ni la interpretación de los mismos.

El matrón *A* también destaca cómo resulta una auténtica locura el cambio en la manera de trabajar en un hospital u otro:

La rutina de trabajo... es que por desgracia son muy variables de unos sitios a otros. Cambian mucho. Cada vez que vas a un hospital, pareces nuevo porque son muy cambiantes, y la variabilidad para mi gusto es excesiva.

La humanización de la atención obstétrica pasa por que se tengan en cuenta los aspectos emocionales que rodean el embarazo, parto y puerperio. La nueva guía de recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva resalta la importancia de este soporte emocional y calidez en el trato por parte del personal sanitario para que sea satisfactorio (OMS, 2018: 36). Sin embargo, muchas mujeres sienten cómo los profesionales las atienden de manera rutinaria, despersonalizándolas totalmente, con lo que se sienten profundamente ignoradas.

5.4.2. Protocolos y organización hospitalaria

Cada nacimiento es un mundo, por lo que la rutina en el trabajo hospitalario puede dar seguridad ante la incertidumbre y la posible emergencia. Considerando a las gestantes como pacientes, aunque no estén enfermas, se convierte rápidamente el embarazo en un proceso patológico. De ese modo, los hospitales establecen los protocolos estándar que ya hemos visto y que se aplicarán a todas las parturientas que entren: sueros intravenosos, enemas, rasurado, posiciones anti-fisiológicas (litotomía), etc... En palabras de Robbie Davis-Floyd (2004: 42):

En profesiones como la medicina, donde el caos invade la práctica diaria, quedar adheridos a las rutinas ritualistas, en las cuales pueden demostrar claras competencias, pueden mantener el miedo a raya y darles a los médicos una

sensación mayor de confianza y control sobre lo que suelen ser resultados muy inciertos. Los médicos insisten en que esas rutinas son necesarias para el eficiente funcionamiento de la institución. La verdad más profunda es que muchos de ellos se sienten perdidos sin la confianza que tienen en las funciones de la estandarización de las rutinas.

También, dirá Eva Giberti (2003) que:

Quienes participan de los sectores de poder hegemónicamente instalados, es decir, con escasas posibilidades de ser contrariados o juzgados, manipulan sus conocimientos para mantener su posición. Cuando nos referimos a médicos en relación con la mujer parturienta ya no se trata sólo de sus conocimientos, sino de sus prejuicios, sus creencias, sus ansiedades y fantasías acerca del interior del cuerpo de las mujeres, su tensión frente a tener que reconocer que él también emigró desde el interior de un cuerpo de mujer. Y la puesta en acto de ese poder del que dispone y que es hegemónico en tanto y cuanto no tiene en cuenta a la que es sujeto de su atención, se abroquela en las técnicas que la medicina le aporta y que pone en práctica en el cuerpo de esa mujer. Con reiterada frecuencia, sin que exista necesidad de proceder de ese modo.

Ritualizando los protocolos hospitalarios, tratando a todas las «pacientes» del mismo modo aunque su estado de salud sea excelente, obligando a las mujeres a ser obedientes, a acatar las órdenes que los profesionales de la salud den en todo momento, sin rechistar (que ellos son «los que saben»), éstas quedarán finalmente convertidas en meros objetos al servicio de la medicina, obviando que el parto es un proceso fisiológico. Es lo que Marc Girard (2010: 3) define como «ritualisations perverses et non pas des procédures garanties par l'exigence hippocratique de chasteté dans la relation thérapeutique»⁵⁸, es decir, que realmente se trata de rituales sin justificación terapéutica de ningún tipo.

Las mujeres, en el proceso ritualizado del nacimiento, son transformadas en pacientes; así las intervenciones adquieren sentido. Parir es considerado como un problema médico y, en muchas circunstancias, un acto quirúrgico. Las mujeres gestantes participan de estas representaciones (Montes Muñoz, 2010: 201).

Es curioso cómo podemos observar las fases de los ritos de paso dentro del paradigma de los partos hospitalarios, siguiendo la concepción clásica de Van Gennep (2013).

- En las madres:
 - **Fase de separación**, basada en el comportamiento simbólico mediante el cual se produce una desvinculación individual. En efecto, desde que la

⁵⁸ «Ritualizaciones perversas en vez de procedimientos garantizados por la exigencia hipocrática de pudor en la relación terapéutica» (*traducción propia*).

madre entra en el hospital para dar a luz, se le despojará de todos los objetos personales, ofreciéndole un camisón hospitalario igual al de las otras gestantes (es inevitable observar el paralelismo con el uniforme de los presidarios, y es inevitable volver a pensar en el hospital como prisión), poniéndole además una pulsera identificatoria como único reducto de su individualidad. Se le afeitan los genitales, se le introduce un enema, se le pone una vía que le reducirá drásticamente los movimientos.

- **Fase de margen**, aquí las características del sujeto ritual son ambiguas, ya que atraviesa un entorno cultural que tiene pocos, o ninguno, de los atributos del estado pasado o venidero. La madre gestante se ha convertido en paciente, y entra de lleno en el ritual de parto hospitalario, entregándose a la autoridad como quien se entrega a los dioses en los templos.
 - **Fase de agregación**, en la que el rito es consumado y se vuelve a la estabilidad nuevamente. Tras el parto, las madres son conducidas desde el templo (el paritorio) a una habitación donde estarán sus objetos personales, recuperando de ese modo paulatinamente su individualidad. Además, a partir de entonces pasarán por diversos momentos (dos días de hospitalización, un mes y medio de cuarentena sin mantener relaciones sexuales...) hasta volver a ser individuos completos nuevamente. De hecho, la maternidad otorga un estatus social más alto en las mujeres, como si de ese modo ya hubieran cumplido con su cometido (existe aún mucha presión sobre las mujeres, a pesar de vivir en sociedades supuestamente modernas, para que éstas elijan el camino de la maternidad).
- **En el bebé:**
 - **Fase de separación**, ya que nada más nacer se le cortará con rapidez el cordón umbilical, sin permitirle además que deje de latir a su ritmo, se le alejará de la madre para pesarle, medirle, vestirle, lavarle y ponerle una pulsera identificativa con el nombre de la madre, a veces incluso se le llevará a la habitación conocida como «nido», donde se verá expuesto y

alejado del único lugar que le resulta familiar: el cuerpo de su madre, como si lavándole y cortándole abruptamente el vínculo con ésta se purificara a la criatura.

- **Fase de margen**, donde el bebé se sitúa también en un estado ambiguo, entre dos momentos donde no forma ya parte de la diáda madre-bebé pero tampoco es un individuo independiente (de hecho, hasta el año 2011 no se consideraba una persona como tal hasta que no hubieran pasado 24 horas desde su nacimiento, con lo que los bebés que fallecían antes de dicho plazo lo hacían sin el reconocimiento en tanto que personas según el código civil).
- **Fase de agregación**, en la que podemos observar cómo son necesarios varios días hasta que el niño se «individualice» como tal, se le considerará como «recién nacido» hasta el mes de edad. Es común además que en dicho período se corte el pelo «para que crezca con más fuerza» o se les pongan pendientes a las niñas. Incluso vestir al bebé por vez primera es un rito como tal, una especie de honor que suelen querer realizar las abuelas.

Dentro del modelo intervencionista, podemos observar como parte del ritual el sometimiento de las madres, la aceptación de la autoridad como algo indiscutible, así como la despersonalización de las parturientas y de las criaturas.

En el día a día, los protocolos hospitalarios resultan una herramienta imprescindible para que los profesionales tengan una hoja de ruta que les ofrezca una seguridad sobre su proceder. Sin embargo, muchas madres destacan cómo la frase «esto es por protocolo» resultaba algo así como un comodín, y cuando se pronunciaba ya no se podía cuestionar nada más, como cuenta *CrisVR*:

Porque yo preguntaba, y ellos «no, porque es que es así, es protocolario», la palabra «protocolario» pues sale todo el rato, por todo: «no, es que es por protocolo, es por protocolo».

Al bebé de *Alexia* le administraron oxígeno por protocolo, pero no se lo dijeron:

No sé si lo del oxígeno es por protocolo porque mi hermana tuvo parto natural y me dijo que se lo pusieron también, se la llevaron, le pusieron oxígeno y se la

dieron, o sea que no sé si por protocolo les ponen oxígeno, no sé. En el informe tampoco pone nada.

Cumbia piensa que el protocolo muchas veces obliga a los profesionales a realizar prácticas con las que no están de acuerdo:

Yo creo que los profesionales al final están también muy condicionados a los protocolos, porque yo creo que también hay muchos profesionales que a lo mejor si fuera otro protocolo o se les formara... O sea, que yo creo que también muchos profesionales, a lo mejor están obligados a seguir un protocolo que en muchos casos no quisieran, ¿sabes?

Nausicaa, sin embargo, piensa que hay poca gente que cuestione, dentro de los profesionales sanitarios, la validez o no de los protocolos:

También, yo creo que en el sector médico son muchos y tienen un protocolo muy establecido y se lo creen... hay poca gente dentro yo creo que cuestione que eso se hace así, así o así... ¡porque se hace así, y punto!

Deiviz es matrón, y opina lo siguiente de los protocolos:

Lo bueno es eso, que te facilitan el trabajo muchas veces, y hay otras veces que son demasiado rígidos, que pues a lo mejor pues que haya algún tipo de interpretación, y eso pues ya pues puede ser una fuente de conflictos, si hay algún tipo de interpretación.

Mickey Mouse, ginecólogo, expresa algo parecido:

Yo creo que un protocolo de entrada es bueno, porque te sirve un poco para unificar criterios y para defenderte a nivel legal, es cierto que luego hay que personalizar un poco, cada persona es un mundo, cada persona tiene su circunstancia y no se puede ser tan estricto y dar café con leche a todas, ¿no?

El matrón *AI*, además, destaca cómo varía la atención obstétrica según los protocolos del hospital en el que estés:

Pues por desgracia, depende del hospital en el que estés. Porque los protocolos siempre afectan, ¿no? Al fin y al cabo los protocolos son útiles porque ayudan a saber cómo actuar en determinadas cosas... pero cada mujer, cada parto y cada bebé son diferentes, y actuar con protocolos rígidos en todos ellos... pues evidentemente limita.

Al final, muchas veces existen tensiones claras entre los protocolos de un hospital y la aplicación de dichos protocolos con mayor o menor literalidad: ahí entra de nuevo el factor del azar, pues no todos los profesionales van a aplicar los protocolos (o por el contrario atreverse a dejar de aplicarlos) del mismo modo.

¿Quién decide los protocolos en general y quiénes en el entorno hospitalario? Ángela se pregunta:

¿Hasta qué punto, por ejemplo, de la prueba de la glucosa, que en otros países se las trae al fresco y no la hacen y aquí es importante y aquí te la obligan a hacer entre comillas?... pues no lo sé, o cosas que... lo de la toxoplasmosis, en otros países parece que ni se menciona.

Mar, matrona con 33 años de experiencia, dice que:

Los protocolos... pues... en algunos hospitales, a la hora de decidir los protocolos, puede participar alguna comadrona, pero... diría que generalmente quien decide los protocolos que se van a llevar a cabo durante todo el proceso del parto son el equipo de ginecólogos.

El Cid, ginecólogo, opina que siempre pueden elaborarse nuevos protocolos:

También pueden elaborarse nuevos protocolos según el área en la que se quiera aplicar, tras validar generalmente en sesiones conjuntas. Los protocolos (no sólo médicos, también de gestión administrativa) pueden variar según el centro y tipo de hospital.

Por ejemplo, cuando la ginecóloga Savannah comenzó a trabajar en su hospital (uno muy pequeño de una de las islas canarias), descubrió que no existía ningún protocolo escrito, cosa que según la *Estrategia de Atención al Parto Normal* sucede aún en un 5,8 % de las manernidades (OSM, 2012: 63):

Yo llevo un año y tres meses o así trabajando aquí, no había ningún protocolo, yo cuando empecé o estaba yo en la isla o estaba mi compañera, o sea, no había dos ginecólogos en la isla nunca. Y no había ningún protocolo. O sea, cada uno hacía lo que dios le daba a entender o dependiendo de dónde te hubieras formado, así un poco, y a lo mejor guiándote por las guías clínicas y no sé qué.

Smiling Caballero, ginecólogo, opina que en la medicina pública es imprescindible trabajar con protocolos, y que a quien quiera salirse de ahí le va a costar conseguirlo:

En la medicina pública hay que trabajar por protocolos y no hay más remedio, es muy difícil hacer otra cosa, tiene que ser así, por protocolo, pero la contra es que la que quiere algo diferente de lo que dicen los protocolos... pues le va a costar, le va a costar, no digo que sea imposible, pero le va a costar, lógicamente. Le va a costar conseguirlo, tiene que hablar mucho con unos, con otros, con el jefe de servicio, con un ginecólogo, con el otro, con una matrona, con la otra... enseñárselo, coger... que cojan confianza con que a pesar de que ella pide eso, ella no es una persona que esté en contra tuya y que quiera luego buscarte las vueltas porque has hecho esto diferente de lo que decía... no sé, es difícil.

Smiling Caballero también se pregunta:

¿Por qué hay protocolos específicos de cada hospital si existen protocolos generales que teóricamente afectan a todos y ya podrían...? Bueno, pues... porque los hospitales pueden tener ciertas peculiaridades y entonces muchas veces es por cuestión de incomodidad a la hora de aplicar el protocolo.

Adriana quiso informarse de cuáles eran los protocolos del hospital donde iba a dar a luz, pero le contestaron con una carta muy sucinta donde simplemente le indicaron que actuaban según la SEGO, sin aclarar nada más.

Nessi tuvo un segundo parto muy intervenido que le causó mucho malestar emocional:

En el segundo les pregunté que por qué me metían el pack, si el parto iba bien, y dijeron que eso era así. Protocolo. Imagino que los protocolos dependen del hospital, si ahora te vas a uno nuevo, con personal nuevo, con otras ideas... pues será diferente. Pero éste tiene muchos años de experiencia de partos, es verdad que ha disminuido mucho la incidencia de mortalidad tanto materna como infantil, probablemente por los protocolos, pero yo creo que los protocolos hay que usarlos cuando hay que usarlos. Que no sólo es la mortalidad, es que son más cosas.

Los protocolos muchas veces sólo logran aumentar esa sensación de trato frío, distante y despersonalizado. Por ejemplo, *Lucía* comenta que en las ecografías, esa despersonalización era total:

Que si fémur, que si... que te lo pueden decir en un lenguaje normal y a la vez hacerte partícipe, tampoco es una cosa... Supongo que, claro, se alargarían mucho las ecografías, y ellos tienen sus veinte minutos y... al siguiente. Y me da igual que seas Lucía, Margarita o Pepita, para mí todas sois una barriga. Pues hombre, quizás sí que haya un poco por eso mismo, por la metodología del trabajo, por los protocolos.

Júlia también relata frialdad en el postparto:

Frío. Es como que van pasando por allí, no sé, te toman la temperatura por ejemplo pero no sé, no te preguntan nada, ni te dicen... un poco mecánico, ¿no? Tienen sus protocolos, que te tienen que tomar la temperatura y ver cómo vas de los puntos, y si quieras un ibuprofeno, y se van, y al cabo de seis horas vuelven a pasar, lo mismo... Como frío.

Algunas madres sienten mucha pena al recordar las consecuencias de los protocolos para los recién nacidos. Por ejemplo, *Adriana* cuenta que se reconocía a todos los bebés a la vez, por protocolo:

Recuerdo que yo veía por la ventana, a través de las persianas de plástico, desnudos llorando, que me causó mucha impresión, ¿pero qué ganas tienen de tener a los niños ahí llorando? Si los miran a cada uno en su habitación no estarían llorando.

Amanda cuenta algo similar, en sus dos primeros partos, que fueron además en hospitales diferentes:

Otra situación difícil para mí en ambos ingresos 1 y 2, fue cada vez que se llevaban a los bebés al nido para pesarlos, limpiarlos, etc. Recolectaban a los bebés de varias habitaciones, los atendían de a uno mientras la mayoría lloraba. No permitían el ingreso de las madres con sus bebés en ese nido, ni estaban dispuestos a realizar esos cuidados en cada habitación de a uno por vez. Esas separaciones, aunque cortas, eran muy estresantes para mí. Las percibía eternas, aunque desconozco cuál era su duración real.

Cuando le pregunté que por qué creía que se hacía de ese modo, me contestó que...

Se los llevan porque para ellas es más práctico, para las enfermeras, y van a saco, y porque lo hicieron siempre así, y porque quizás algunas enfermeras no lo vean igual, puede ser que ya empiece a haber otras generaciones, pero cuando están trabajando en un lugar donde la modalidad es otra... hay profesionales que en el ámbito público piensan diferente, obvio que sí, pero bueno, esto es una máquina, lo que hay ahí.

Kokoritza destaca cómo en cesáreas cuyo protocolo obliga a una separación con el recién nacido se sufre mucho:

A mí más que la cesárea con acompañamiento, porque en realidad la cesárea... pues eso, estás ahí a lo que estás y yo qué sé... no sentía la necesidad de compañía ahí, pero sí que se me partía el alma mientras esperas a que se te despierte la mitad del cuerpo, tú estás en una sala y tus peques están en otra y tu compañero, tu familia está en la cafetería, y es como «coño, sí es importante para ellos que haya alguien ahí que les dé calor», yo qué sé.

Maicha ha tenido cinco hijos y no observa muchas diferencias en la atención obstétrica a lo largo de estos años:

Yo los cambios que vi fueron intentar hacer menos tactos, de la primera y la segunda no hacían más que mirarme por ahí abajo, he visto una progresión a menos tactos, ya van viendo que estamos más informadas, por ejemplo cuando dije lo del Hamilton, que no quería... Y después, respecto a los bebés, sí que antes era «déjalo ahí y no lo toques» y ahora es «tenlo encima» y es que hay veces en que no me apetecía, en plan «mira, estamos en junio, no tenéis aire acondicionado, me muero del calor, el bebé está dormido»... y te lo tenían que poner encima. Y tú diciendo «¿pero estás de broma contigo?». Ha habido unos ligeros cambios, pero... ínfimos para lo que yo pienso que necesitan, ínfimos, tienen que ser más.

Marta, ginecóloga, apunta a que existe otro tipo de protocolos más sibilinos, es decir, los protocolos «no escritos»:

Es que no hay protocolos del hospital... son «costumbres», ¿no? Cada servicio tiene sus costumbres, por ejemplo, de Badajoz, «aquí hacemos esto», o bien

alguien de otro sitio «ah, pues allí hacemos lo otro», y cosas... son pequeñas variaciones que son muy propias, «no, pues los antibióticos que usamos para esto, allí lo otro», hay cosas que no están escritas pero son como... formas de cada hospital.

Matrona Empoderada también habla de estas «costumbres»:

Los protocolos no está muy claro cómo se decide ni quién los decide... me refiero a los protocolos que están escritos, porque por desgracia muchos no están escritos. Los protocolos escritos suelen venir del personal médico, sí es cierto que en nuestro protocolo de parto, de mi servicio, está bastante influenciada la posición de la matrona, y de hecho la última actualización fueron dos matronas las que la impulsaron y la realizaron. La atención al parto normal, me refiero, ¿vale? Si bien hay un protocolo por escrito, casi nunca se sigue, aunque ése sea el protocolo estipulado y que esté basado en la evidencia... una cosa es el protocolo escrito, el que debería ser, y otra es la realidad del paritorio o de lo que cada uno haga (se ríe). [...] Los protocolos no escritos, las rutinas hospitalarias, pues... a mí me afectan mucho emocionalmente, porque no me siento valorada ni respetada, pienso que soy un cero a la izquierda, y sufro por eso, pero sufro por las mujeres y por los bebés, que sufren unas consecuencias físicas y emocionales. Entonces... pues... sufro mucho.

Jjj es matrón (aunque él prefiere denominarse «matrona») desde el año 1982, fue uno de los primeros varones en dedicarse a esto en España, por lo que pasó por muchas dificultades, pero tenía mucha vocación, y comenta cómo estas «costumbres» o «protocolos no escritos» hace años resultaban auténticamente «espeluznantes»:

Sobre protocolos poco puedo decir. No se aplicaban protocolos como tales, eran más prácticas basadas en rutinas adquiridas. Lo que ya sabemos de coger vía, romper bolsa a los 6 cm, pasar a paritorio para pujos antes de que el bebé estuviera en 4º plano, mantener a la mujer encamada y la mayoría de las veces en decúbito supino, soledad, maridos fuera, episiotomías sistemáticas, algunas verdaderamente espeluznantes...

Amanda, argentina, tuvo a sus dos primeras hijas en hospitales en España y a la tercera en un hospital en Holanda. Me explicó cómo los protocolos y la manera de organizarse son totalmente diferentes, además de que todo el personal cree firmemente en el parto más fisiológico.

Están súper abiertas a que les preguntes todo, pero de antemano todas están en la misma línea, es como que acá en Holanda son como muy literales, cuando leen una cosa y se apuesta esto, todo el mundo está convencido de eso y van como soldados, ¿sabés? Entonces, claro, para mí, que era la visión de embarazo, parto y post que yo quería, estaba súper guay.

Como cuenta la matrona *Covicheira*:

En Holanda, por ejemplo, hasta hace poco, no sé si ahora ha cambiado, si tú eras una mujer de bajo riesgo con un embarazo normal y querías parir en el hospital, tenías que pagarla, porque lo que cubría, lo que cubre, la seguridad social, digamos, es un parto de bajo riesgo en tu domicilio, esa perspectiva es muy diferente.

En este contexto, ¿cuándo se va a entender que el mantenimiento de protocolos obsoletos va en contra de la evidencia científica más actual, que muestra cómo el excesivo intervencionismo resulta absolutamente determinante dentro de la morbilidad⁵⁹ materna? Ya decía Michel Odent (1990) que los ginecólogos no saben realmente cómo es un parto, puesto que sólo los han visto en un entorno hospitalario, que dista mucho de ser el entorno adecuado para asistir a un parto fisiológico. La actuación de los médicos debe regirse por la denominada «lex artis ad hoc», que es un criterio valorativo de la corrección de los actos médicos específicos ejecutados por los profesionales sanitarios. Por definición, cambia con el progreso técnico de la medicina y con las peculiaridades personales de cada paciente; el problema es que generalmente se fundamenta en los protocolos sanitarios de cada centro, que además trata a todos los pacientes por igual, y como en demasiadas ocasiones están obsoletos, se acaba convirtiendo en un callejón sin salida.

5.4.3. Patologización del embarazo y parto

La visión del embarazo y el parto como algo patológico implica una medicalización excesiva. *Amanda* ahora se lamenta de haber entrado en esa rueda de la medicalización, que en realidad sólo le transmitía inseguridad:

Yo por el hecho de ir a hacerme cada análisis, cada ecografía, me hicieron diez mil, cada vez que iba a la consulta, el ginecólogo lo tenía por Sanitas... entonces para mí era como una búsqueda de seguridad tener tantos controles, como que en el fondo los agradecía, los valoraba, pero ahora en retrospectiva siento que haber entrado en esa rueda de alguna manera validaba todos esos como temores... naturales o soportados por todo este sistema que te hace ver el embarazo como algo muy frágil, muy vulnerable... Me transmitió mucha inseguridad en ese tiempo. [...] En el embarazo me sentí así, tratada como una enferma, básicamente, como alguien que necesitaba asistencia médica y controles constantemente, cuando no tenía ni un solo signo de problema, pero bueno, yo en ese momento me sentí bien, en base a la cultura de embarazos y nacimientos que yo fui mamando toda mi vida.

⁵⁹ Proporción de personas que enferman en un sitio y momento determinado.

Andrómeda habla de visión totalmente patologizante en la manera en que le transmitían la información:

... Información en plan «bueno, en esta eso está todo bien, tal, pero no descartes que hay información que no tenemos que en la siguiente puede aparecer», o sea, como una visión patologizante total, y a mí eso me alteraba muchísimo, yo con las paranoias que tenía...

Lucía comenta que nada más entrar en el hospital sientes que debes cambiar tu mentalidad porque desde ese momento te conviertes en un sujeto médico:

Yo creo que es entrar en un hospital y te cambian porque ya sólo es «algo médico», y lo van a solucionar médicaamente. No hay ese *feeling* que yo creo que hubiese sido mucho más beneficioso.

Ángela opina que se trata a las mujeres como parte de una maquinaria, sin respetar el trabajo natural de su cuerpo:

«Bueno, ya está más o menos, le enchufamos la oxitocina, pim-pam, y en seguida la tenemos fuera, hala, venga», salen los niños como chorizos, y la mujer necesita a lo mejor un proceso... pues unas más corto, otras más largos... es un trabajo que hace el cuerpo de la mujer, que si puede parir las vacas solas, pues nosotras también tenemos que poder hacerlo de alguna manera sin tanta intervención.

A *Sfg* le llama mucho la atención la diferencia que hay en el trato que se les da a las pacientes en obstetricia y en otras especialidades médicas:

Y sin embargo, a una mujer que va a dar a luz no la informan de nada, ni de los riesgos, ni... o sea, en ese sentido no la respetan nada. Sí, te pasan lo que es el papelito para que firmes, para salvarse ellos si tú pones algún tipo de reclamación, por si pasa algo, pero no te tratan como a un paciente, como en otras especialidades, al que respetar y explicarle lo que se le va a hacer.

Kokoritza resalta que el embarazo forma parte de la vida sexual de las mujeres, así que no existe razón alguna para patologizar dicho estado:

Se trata a la mujer que va a dar a luz como a un paciente, y la mujer que va a dar a luz no es un paciente, o sea, que va a dar a luz o que está embarazada, y en realidad tú no eres un paciente, o sea, estar embarazada y tener bebés forma parte de tu vida sexual y eso no se tiene en cuenta, o sea, yo creo que esto hay que normalizarlo y hay que empezar a entender que... pues eso, lo mismo que tienes relaciones sexuales y forman parte de tu vida sexual y no está un médico... o sea, no hay personal sanitario ahí a auxiliarte en ese momento... pues, y si tú necesitas ayuda pues acudes a quien sea para esto, pues pasa un poco lo mismo, pero que tanto las mujeres en general como el personal sanitario considera que esto requiere de un hospital y requiere de... o sea, que eso, nos convertimos todos, tanto ellos nos convierten como nosotras nos convertimos, en pacientes,

y que esto está muy permitido y muy aceptado y para mi gusto no debería de ser así, pero me parece que nos queda mucho camino que caminar ahí, mucho camino.

Instrumentalizando el embarazo y el parto, patologizándolos, las mujeres rozan el estado de «bomba de relojería», que hay que observar y guiar minuciosamente, con todo el rigor científico y la objetividad (masculina, androcéntrica) que se suponen imprescindibles en estos tiempos modernos. *Anabel* explica que tendría que cambiar totalmente la mentalidad:

Lo más importante es que cambie la mentalidad, la mentalidad que hay en cuanto a la relación médico-paciente y médico-parturienta, la parturienta no es una enferma, no tienen por qué tratarla como a una enferma y como a una niña que no sabe lo que está diciendo o lo que está pidiendo.

También *Ángela* expresa algo parecido:

No estamos enfermas en realidad, es verdad que tiene a lo mejor que haber algún tipo de supervisión y demás, o estar cerca de unas instalaciones hospitalarias por si la cosa se complica, pero que fuera más humano, más... Yo admiro mucho a las mujeres que se atreven a parir en casa, a verdad es que me parece una heroicidad, yo no me atrevería en ningún momento tal y como están las cosas, pero sí... quizás más humano, en un sitio menos frío, con un personal que interviniere lo mínimo, con la gente que te gustaría que estuviera.

Chos es doctora en antropología y comenta cómo hemos renegado totalmente de la capacidad de parir de forma natural de nuestra especie, condenándola a una suerte de enfermedad:

Como también creo que por ejemplo esto tan simple como cortar el cordón, como esperar para cortarlo, pues desde luego creo que la primera toma de contacto con el mundo que sea asfixiándose para respirar... pues, sinceramente, eso muy bueno no será, ¿no? En el desarrollo, ni en la percepción, ni en la sensación ni en nada. Más fácil será que sea paulatino, que sigas recibiendo aporte de oxígeno... Jolín, que no cuesta nada, macho, que es que el padre de Darwin ya, en no sé qué libro, habló de que el pinzamiento tardío del cordón aportaba un montón de hierro y de tal y de cual... Fíjate tú, es que.... De verdad, ¿no? Eso es lo que te reniega de todo esto, son cosas tan evidentes, que están tan claras, que sólo hay que mirar a otras especies primates para ver cómo es, cómo tiene que ser. Coño, que algo estamos haciendo mal para que nuestra especie cueste tanto parir... en fin, se ha todo rodeado de un montón de... casi como una enfermedad.

Emma opina que aún queda mucho camino por recorrer:

Es una atención muy medicalizada, poco humanizada, yo creo que al personal sanitario en general y al personal de ginecología en particular le falta mucha formación de trato con la paciente. O sea, esa desconexión que... tú no estás

enferma, o sea, el embarazo es un proceso natural, y si se atiende en un hospital, en un centro sanitario, para evitar riesgos, es una cosa, pero no te tratan... te tratan como a un paciente, de la manera en que tratan a todos los pacientes, que es muy despersonalizada. Yo creo que falta mogollón que hacer ahí.

Hoy en día, los profesionales cumplen un rol fundamental en este proceso de medicalización y patologización: ejercen un control social sin ser agentes de dicho control, porque no cuestionan sus propias prácticas, viéndolas como lo apropiado, lo necesario, lo objetivo, lo científico. Según Basaglia (1972), los profesionales tienen un mandato «invisible», del que no son conscientes, que es enmascarar la violencia propia de una sociedad desigual. Así, ejercen la violencia legitimándola en un supuesto saber técnico-científico, cosificando en el proceso a las personas con quienes trabajan: de este modo, las mujeres gestantes se convierten en cuerpos alienados, en sujetos pasivos, meros contenedores de un feto, y cuya única misión será la de obedecer.

Júlia piensa que hay que añadir a esta problemática el **endiosamiento de la figura del médico:**

Yo creo que es una cosa histórica, tampoco lo he investigado mucho, pero desde principios de siglo o así, del médico del pueblo, que era como «el alcalde y el médico del pueblo», entonces hay esta concepción, entonces «si te lo ha dicho el médico, es que es así», entonces esta concepción de que a lo mejor los médicos están haciendo las cosas mal, y no sólo mal, que sería una negligencia médica, están ejerciendo una violencia, esto no es ni concebible, es como... no, esto no puede estar pasando, porque los médicos son médicos y son muy buenos, lo hacen siempre bien y nos ayudan a parir. Y además en el tema del parto porque sí ha calado mucho el mensaje de que los embarazos y los partos son como una enfermedad y es muy peligroso y... ¡suerte de los médicos que te ayudan y suerte de los hospitales que puedes parir en un hospital!, entonces, claro, dentro de estas ideas, la violencia obstétrica no encaja. Es como si no existiera.

Bea piensa que si el parto está visto como algo patológico es porque en realidad se tiene **miedo al parto**, tanto mujeres como profesionales: falta de confianza en los procesos naturales y miedo general al parto. *Júlia* resalta el uso del miedo como arma, cuando cuestionas alguna práctica:

Utilizan el miedo cuando tú les cuestionas a lo mejor alguna práctica o alguna cosa que quieren hacer que lo tienen como muy asumido que esto es así, y tú les cuestionas o les dices que no, pues juegan con esto, como ellos son médicos y saben más en teoría, pues «esto, te puede pasar no sé qué»... sí, sí que lo utilizan.

El resaltar cómo los profesionales se valían del miedo como arma es común en el discurso de bastantes madres: el supuesto riesgo siempre se sitúa en el centro del discurso en torno al parto.

La referencia al riesgo como condición inherente a la mujer gestante y al parto, cuando es emitida desde el juicio de los expertos, genera miedo e incertidumbre y abre una puerta a la manipulación del comportamiento, a la entrega del cuerpo y la voluntad a las manos del(la) obstetra. (Sadler y Rivera, 2015:65)

Ángela explica cómo ese miedo es casi cultural, y cómo incluso los propios médicos lo llegan a transmitir:

Es verdad que yo no transmití tan directamente «yo no quiero esto, esto ni esto», por esos miedos de a ver cómo podía ser parto vaginal, y cuando me dijeron «puede ser parto vaginal, pero te vamos a poner un poquito de oxitocina, tiene que haber epidural, por lo menos un poquito», yo «sí Bwana», ahí no discutí. [...] Respeto mucho a los médicos y me daba mucho miedo la responsabilidad de que las cosas no salieran bien y que fuera mi culpa y vivir con eso, no te voy a engañar, entonces sí, quizá con un poco de miedo en ambos casos, yo creo que se transmite mucho miedo a las mujeres y que no somos capaces de hacerlo solas, y que no somos capaces de tomar decisiones y todo eso, y eso lo llevamos dentro, es casi cultural, educativo, que lo vemos en la tele, en lo que dicen los amigos, la familia y demás, y hasta lo que te transmiten a veces los propios médicos.

Andrómeda cuenta que manejaban el miedo en tanto que herramienta de control:

Te meten mucho miedo que si no le puede pasar al bebé y tener una hipoglucemia. Bueno, te meten miedo. Entonces yo estaba entre... o sea, entre el miedo y entre «sois unos exagerados y quiero estar relajada y pasar de vuestro protocolo». Y además es que yo me di cuenta, que ahora no recuerdo, o sea, no te puedo decir frases concretas, pero me di cuenta muy bien de cómo manejan el miedo. Manejan el miedo para controlar, es que eso es clarísimo. ¿Qué pasa? Que yo era muy sensible al miedo, entonces racionalmente me podía dar cuenta de toda esa manipulación, pero emocionalmente caía.

Podemos observar que no sólo existe el miedo como herramienta de control por parte de los profesionales, sino también el control por parte de los profesionales para aliviar su propio miedo: miedo a que algo salga mal, miedo a las demandas, miedo a salirse del camino. Dentro de este contexto, los protocolos resultan una herramienta de predicción del camino a seguir y una manera de (intentar) tener ese control. El problema es que cuando tienes el control, se lo quitas a otra persona. Así, cuando un profesional quiere tener el control, muchas veces lo hace despojando a las madres del control sobre sus propios cuerpos. Una estrategia comúnmente usada es resaltar que todo se hace por el

bien del bebé, que si no se realiza una determinada maniobra, al bebé puede pasarle algo. A *Bea* le molestaba mucho que le amenazaran con la integridad del bebé:

Me acuerdo, claro, lo que más me molestó fue el estar enchufada a la vía y todo eso, pero claro, te presionan en el sentido ése, de que... la amenaza con la integridad del niño... «es que no baja, es que no tienes contracciones, es que claro, tal», y accedí a ponerme la oxitocina. Sí.

[...] Y hasta que no nos damos cuenta de que hay más profesionales, de que puedes pedir segundas opiniones, de que hay cosas que estás establecidas de un modo y no son así... pero, claro, violencia hay mucho «es por el bien del niño», entonces, claro, todo está permitido. Porque, claro, si te programan una cesárea, pues eso, porque el niño es pequeño, no te están dando la oportunidad de parir, pero es «por el bien del niño», no sé. Creo que hay mucho miedo en general. Lo que te comentaba antes, miedo al parto, y las mujeres tenemos miedo a que salga mal, a que se muera el niño, a que pasen mil cosas que seguramente es mucho peor y da mucho más miedo lo que nos hacen que no lo que podría pasar, pero, claro, eso no lo sabemos.

Leia resalta cómo se sentía totalmente amenazada:

Como desde el miedo, desde «pues si no te haces la prueba de la diabetes, tu hijo va a tener macrocefalia, y a ver cómo vas a parir, vas a tener una cesárea», todo el rato así, ¿no?

CrisVR piensa que te transmiten que no hay más opciones que las que los profesionales ofrecen:

Me hubiera gustado estar mucho más informada y no permitir eso, pero claro, en ese momento es como «joder, es que aquí no puedes abrir la boca». Te transmiten como eso hay que hacerlo porque sí, porque si no lo haces se va a morir, vamos, y que no hay otra forma, o sea, no hay opciones, sí o sí, lo hago y punto...

Besly opina que el meter miedo directamente una forma de violencia:

En cuanto te meten miedo en el momento en que entras a consulta, eso es violencia, da igual... Tú no me tienes por qué meter miedo, tú me tienes que informar de una situación, no meterme miedo. El miedo ya me lo meteré yo cuando quiera o soy libre, pero no me tienes ni que regañar ni meter bulla ni nada, me tienes que informar y ser objetivo, si yo te pido una opinión más subjetiva, vale, pero... pero no. O sea, no me puedes meter así el miedo.

Patologizar el embarazo y el parto van de la mano del miedo como herramienta de control, y de la necesidad de control sobre la experiencia por parte de los profesionales en tanto que herramienta para calmar sus propios miedos. Así, en esta relación tensionada entre miedo y control, entre madres y profesionales, las madres acabarían perdiendo el control sobre sus propios cuerpos a través del miedo y las amenazas

respecto al bienestar de sus hijos. Los profesionales, por su parte, necesitarían esa sensación de control para saber que son quienes llevan la batuta. La visión que tenemos del parto en la sociedad como un momento patológico y muy arriesgado ha posibilitado estas categorías estancas, ese abismo que separa a madres de profesionales. Y en el centro de todo ello, el cuerpo de las mujeres.

5.4.4. Atención irrespetuosa

Algunas mujeres sintieron que recibieron una atención obstétrica irrespetuosa a nivel general. Es el caso de *Adriana*:

Por parte de las matronas hubo de todo, algunas más indeseables, que además se las conoce aquí porque el hospital es pequeño, la ciudad es pequeña, somos 40.000 habitantes más o menos, y todo el mundo las conoce como que son unas brutas y además muy antipáticas, son las matronas del casi mes entero en que estuve yendo a monitores.

Con *Lola* fueron tajantes:

Estaba nerviosa, pero nadie lo entendió. No me dieron ningún tipo de opción, obviamente, me dejaron allí y era en plan de «aquí has venido a esto».

Vamos a ver cuáles son los tipos de faltas de respeto más usuales que refirieron las madres participantes en este estudio.

5.4.4.1. Infantilización y paternalismo

Algunas describen esta atención irrespetuosa en tanto que **paternalista**. Por ejemplo, A. *Gentileschi* no le parece normal que le llamen «cariño» y «bonita». Tampoco a *Chos*:

En general no llaman por tu nombre, a lo mejor te decían «bonita», «venga, tranquila», «bueno, guapina», ese tipo de calificativos un poco pretendidamente así cercanos y cariñosos pero que en realidad son de un paternalista y un... pues sí, todo el tiempo en el primer parto sobre todo la sensación era ésa, ¿no? Que tú en realidad no importabas, importaba tu zona genital para parir y ya está. Nadie te preguntaba nada, desde luego nadie te escuchaba si tenías algo que decir, y si decías algo, «nada, eso no tiene importancia», quitándole siempre importancia a todo, también en el de mi hija, cuando me quejaba de algo o tal, me decían «bueno, pues eso ya lo han pasado muchas, tal», que yo entiendo que para ellos es su trabajo y lo hacen... pero claro, es que esos momentos son muy importantes, es la vida de la madre y no digamos del bebé, que es su bienvenida...

Smiling Caballero, ginecólogo, opina que esto se produce con muchísima frecuencia:

Lo que sí que se produce es una infantilización brutal inaceptable de la embarazada y de la mujer de parto, se la trata de «mira, bonita, pasa por aquí, mira, bonita, iay, ay, ay, ay, no te quejes, no te quejes, bonita!» (con voz fina), a ver, se la infantiliza, se la trata como a una niña pequeña que no sabe y que no puede decidir y que se tiene que decidir por ella, eso es un hecho, sí, eso sí, y eso es muy muy muy habitual.

Sprague Gardien (1966, citado por Colectivo de mujeres de Boston, 1976) escribió:

La mujer espera ser reconocida, aceptada y aprobada por una figura autoritaria (el médico) a cuyas manos ha entregado completamente no sólo su persona sino también al niño por nacer.

Sobre esto opinarían las autoras del mítico *Our Bodies, Ourselves* del Colectivo de las mujeres de Boston (1976):

Muchas de nosotras estamos buscando una figura autoritaria, buscamos un padre en nuestro médico. Y los médicos alimentan nuestra dependencia como algo saludable y terapéutico beneficioso (¿Para quién?).

Anabel sentía que ese trato paternalista además iba de la mano con una **total falta de control** de ella sobre su propio parto, como si fuera una niña pequeña por la que hubiera que decidirlo todo:

Yo creo que siguieron la rutina, el protocolo, de cómo ellos tratan a los pacientes, no fue malo, no me faltaron al respeto, no me sentí humillada, pero sí que sentí que no podía hacer nada por cambiar nada, o sea que los que ellos tenían que hacer lo iban a hacer dijera yo lo que dijera, porque ellos estaban convencidos de que tenía que ser así, y de hecho tuve muy poco control sobre muchos aspectos de mi parto, entonces sí que... bueno, en el sentido de que no hubo humillación ni saña, pero sí que muy paternalista también y no sé cómo definirlo cuando no te hacen caso, cuando es... no fue de ninguna manera autoritaria, pero sí que realmente asumieron el papel de sanitarios que saben lo que hacen y que saben lo que están haciendo y que no van a cambiar su comportamiento o su actuación por nada de lo que tú digas y ya está.

Gloria también destaca ese paternalismo en la atención a su embarazo:

El embarazo me lo llevaron distintos profesionales en la sanidad pública y la privada, y fue un trato muy despersonalizado, muy paternalista, me imagino que en lo profesional fue correcto, porque hicieron lo que les decían los protocolos que tenían que hacer, yo tampoco di ninguna dificultad, no tenía ninguna complicación ni ninguna problemática, pero sí, en general lo que más recuerdo es esa sensación de infantilizarme, y de despersonalizarme, yo era una más en la cadena que pasaba por delante de ellos, no fue especialmente molesto pero entiendo que a muchas mujeres no les guste que les traten así, como a una más en la lista, de las cuarenta señoras que ven cada día, que no te miran ni a la cara.

Civita tiene 25 años y piensa que en su caso hubo más paternalismo aún a causa de su edad: es una mujer, no una niña pequeña, está independizada, y no entendía cuándo

lograría adquirir ese «estatus de mujer» que al parecer los profesionales le negaban.

Candela también se sentía totalmente tonta y como si fuera una niña:

Pues tonta, ¿no? Como una niña pequeña, básicamente. La verdad es que con las matronas el trato fue... me gustó más, pero sí, sobre todo el paternalismo lo sentí en esos momentos de hacer preguntas, que bueno, cualquiera puede informarse hoy en día, no hace falta ser matrona ni médico para saber algunas cosas, y sí, eso, contestaban con un poco de irritación, como que... «claro, claro, si todo está bien».

A *Chos* le hacían bromitas y comentarios desafortunados:

El trato era un poco similar, los ginecólogos siempre me resultaban un poco prepotentes, y cuando no eran prepotentes eran paternalistas, con esas bromas... «pues yo creo que esto son unos huevos» y este tipo de comentarios pretendiendo ser cercanos y resultan chabacanos, y la verdad, muy desafortunados, ¿no? Ibas allí a que ellos hablaran, a escuchar, a recibir órdenes también y poco más, no recuerdo nada más. Y las matronas se limitaban a reñirte por el peso casi siempre (se ríe), aunque no hubieras engordado mucho, pero siempre súper tajantes con el tema de la comida.

Lola piensa que las mujeres en obstetricia están terriblemente infantilizadas:

Pero cuesta mucho conseguir información, cuesta mucho que te den opciones, es como si continuamente las estuvieras... no sé, no lo acabo de... Si quieres parir de otras maneras que no son las del protocolo eres una loca, o vas a ver cómo te vas a equivocar... Estás muy infantilizada, desde mi punto de vista. [...] No se dirigen a ti por tu nombre, no te dan explicaciones, cuando tú explicas algo parece que seas una niña maleducada que les estás llevando la contraria, cuando tú pides alguna explicación, para que te den una información, parece que te están haciendo el favor de tu vida, y tener la sensación ésta todo el rato es muy pesado, es lo que más recuerdo en ese sentido.

Mrg78 piensa que una vez te quedas embarazada te convierten en una niña:

En las revisiones posteriores una vez has dado a luz, pues las enfermeras que pasan a verte y tal, eran «normales», no estaba dentro de este cauce, entonces ahí sí se notaba, otra vez, la actitud de no darte explicaciones, de tratarse muy como a una niña pequeña, es que es lo que más me llama la atención de los partos y de la asistencia en general de una embarazada, que te vuelves como una niña.

Ángela va más allá y opina que ese paternalismo viene de más lejos, de que así es como se nos trata a las mujeres desde siempre, no sólo en el ámbito obstétrico:

Y también yo creo que hay una falta... que nos falta a nosotras mismas sentirnos más dueñas y más responsables, como nos tratan desde pequeñitas como a niñas pequeñas, y los médicos en esos casos tampoco te... a veces no te dan ni explicaciones de las decisiones que se toman o no te hacen partícipe, pues tú no

te ves, yo por lo menos, no me he sentido en ningún momento de decir «yo sé lo que quiero, lo tengo claro, y por encima de lo que diga este señor, lo decido yo», sientes que todo te da miedo porque si tomas la decisión errónea, se complica la cosa, es tu culpa.

El trato paternalista y la infantilización de las mujeres es una cara más del patriarcado, pues las mujeres necesitarían ciertos cuidados y (sobre)protección, por estar vistas en el imaginario colectivo como personas más «vulnerables» y necesitadas de tutela. Así, en este contexto, las mujeres no podrían decidir, puesto que estarían vistas como ignorantes o con escasas capacidades para tomar decisiones y para autoresponsabilizarse de su propia salud.

5.4.4.2. Vulnerabilidad y pasividad asumida

Los momentos que rodean al parto son instantes de gran **vulnerabilidad**, física y psicológica, por parte de las mujeres. Resulta tremadamente sencillo el manipular en esos momentos a una madre aterrada, cosificada o alienada, así que los profesionales deberían tener siempre esto en cuenta y asegurarse de que las parturientas estén tomando las decisiones libremente, sin presiones y con toda la información, pero esto depende demasiadas veces de los hospitales y de las características específicas de su personal, que dará más o menos protagonismo a las mujeres en función de sus preferencias y/o creencias personales.

Algunas mujeres resaltaron cómo acabaron sintiendo una vulnerabilidad tal que finalmente asumieron un papel totalmente **pasivo**, esto es, el papel que se esperaba de ellas. *Cumbia* destaca cómo luego te sientes mal por no haberte sabido imponer: en esos momentos estás «como en una nube» y no eres capaz de negarte a nada, aunque sea que se lleven a tu hijo. *Bea* destaca cómo se trata de un momento terriblemente vulnerable:

Aunque yo sí que intenté informarme mucho, y al final, por ejemplo, con el tema de la oxitocina, ¿no? Tú en ese momento, «pues sí, hacedme lo que queráis, como si me queréis abrir en canal para que salga el niño y esté sano», o sea, es un momento súper vulnerable.

Andrómeda también dejó que hicieran con ella lo que quisieran, en determinado momento:

Me dice «te VOY a poner algo», y ahí intuyo que me metió un ansiolítico. Yo no le dije que no, lo que pasa es que es un estado en el que dices «pffff», o sea, no sé, que ya es como «mira, pues ponme algo, yo qué sé, me da igual».

Maicha, que sufrió abusos sexuales de niña, se sentía doblemente vulnerable:

Hombre, expuesta ya te dije, es un tema que tengo ahí... que si bien he superado muchas cosas, pues el tema físico... Esa apertura, yo siento mis piernas abiertas... Ahí te sientes estúpida, tontita. Yo ni siquiera hablaba, yo sólo lloraba, lloraba de dolor, me contenía, tal, y aun así te reñían, ¿sabes? «Cuando lo hacías no te quejabas tanto», son frases tan... te quedan clavadas, te quedan. Y me acuerdo de estarme cosiendo la episiotomía, sin anestesia local ninguna, y en cada paso de la aguja me secaba con unas gasas y escuchaba «pla pla pla» junto al periné, claro, yo a cada «pla pla» yo reculaba. «¿Quieres colaborar? Porque si no no terminamos nunca». Dices tú «me estás cosiendo a palo seco, nena, me das semejantes hostias ahí que las escucho», y encima gritando... ése es el resumen perfecto, o sea... entonces sales de allí pequeñita, te sientes pequeñita, porque todo eso te pasa en la calle y te remangas y te inflas lo que te tengas que inflar. En ese momento estás tan dolorida, a la expectativa de si tu bebé está bien, de si todo sale bien... no estás para ponerte a discutir, no...

Bac+2 sentía no saber qué hacer, simplemente hizo lo que le mandaron, y aún siente que le trajeron muy bien a pesar de que el cuello de su hija quedó desviado por el fórceps:

Yo no tenía ni idea, ni siquiera para empujar, me decían «empuja» y yo estoy con la epidural que no noto nada y no sé qué hacer, entonces tuvieron que ayudarme con el fórceps pero me trajeron fenomenal, tanto el ginecólogo como las matronas que se cambiaban, porque me quedé ahí once horas entonces ha habido como tres matronas, y al final porque claro, el parto lo terminó el ginecólogo, porque tenía que usar fórceps.

Civita siente que en momento del parto ella desconectó totalmente de lo que le rodeaba, se abandonó a una pasividad absoluta:

Me habría gustado estar más ahí, porque aunque estés ahí yo no estaba ahí, sin embargo yo lo único que pensaba, cuando ya me vino la presión y el dolor y las ganas de dar a luz, fue «sacar al bebé ya, y que estuviese todo bien, y punto. O sea, a mí en ese momento lo que más me interesaba era sacar al bebé, era como en lo único en lo que yo podía pensar, había algo ahí que no me dejaba pensar en nada más, ni en mi marido que estaba al lado ni nada, porque a mí me habría gustado verle, porque a mí la matrona me dijo “mira, tócale”, y yo en ese momento es que no estaba ahí, lo que estaba era empujando, centrada en empujar, y a mí sí me habría gustado tocarle la cabeza, me habría gustado que hubiesen puesto un espejo para poderlo ver... y sin embargo no lo pedí.

Txu dice que normalmente es una persona de carácter fuerte, pero que dentro del hospital adoptó ese papel totalmente pasivo, sumiso, durante el mes que estuvo ingresada por amenaza de parto prematuro, quizás como estrategia de supervivencia:

Yo soy una mujer con bastante carácter, soy bastante asertiva, dejo siempre muy claro lo que tal... y sí que de repente me vi en un momento que además siempre me río un poco con la familia y con todo el mundo de... adopté pose sumisa cien por cien. O sea, yo estaba ahí en la cama, era ver cómo la vida... yo lo veía como muy de peli, ver cómo día tras día, las 24 horas, la vida se movía a mi alrededor y yo no podía moverme de la cama, y me llegaban «te tienes que tomar esto, tienes que hacer esto», y yo que soy de no tomarme ni un gelocatil, dije «o me planto en vale vale vale o no voy a aguantar», entonces adopté un rol sumiso que en el fondo creo que fue que me ayudó a estar tranquila, porque si hubiese entrado en lucha con todo... no sé yo qué hubiera pasado.

Andrómeda tiene miedo de reconocerse en ese rol pasivo, porque si después piensa que han podido ejercer violencia contra ella, se siente tonta por no haber sido capaz de defendérse:

En lo psicológico sí he sentido que me... sí, porque yo salía removida, yo salía con ganas de llorar y todo. Lo que pasa es que, aun así, también me cuesta llamarlo «violencia», fíjate. Y yo creo que también hay una cosa que es que decir «violencia obstétrica» es como convertirte en víctima de un trato que muchas veces no quieras admitir... «Han ejercido sobre mí violencia obstétrica», ¡ostras! Te hace sentir tonta, o «¿por qué no me ha defendido?» o «¿cómo ha permitido esto?» ... Es como que, si ejercen violencia, lo que tú te imaginas, lo que tú fantaseas, es que te defiendes. Entonces que te digan que han ejercido violencia y que tú has estado así (se cruza de brazos), o sea, te cuesta aceptarlo, ¿sabes?

Así, las madres se sintieron vulnerables porque tuvieron que adoptar un rol pasivo, quizás como estrategia de supervivencia para que el parto acabara lo antes posible, y con ello acabaron colaborando con esa experiencia de vulnerabilidad y sometimiento para que terminara lo antes posible. Además, muchas se sintieron culpables después, por no haber sido capaces de contrarrestar el efecto de ese trato paternalista, de esa atención inadecuada. Dice *Lucía* que cuando entras en el hospital es como «si te cambiara la mente»: por muy empoderada que estés, el valor simbólico que tiene un territorio ajeno es sumamente poderoso para mermar la seguridad en una misma, como veremos en seguida.

5.4.4.3. El valor simbólico del territorio hospitalario

Al igual que antes veímos la importancia del valor simbólico de la territorialidad en los partos en casa, donde las mujeres se sienten seguras en «sus dominios», en un lugar

donde pueden decidir, en el hospital puede suceder exactamente lo contrario: aquí manda el profesional sanitario, y las mujeres se sienten vulnerables y acaban sometiéndose a ese paternalismo, por lo que finalizan **colaborando con él** para intentar que el trato recibido no sea tan negativo. Por ejemplo, *Nausicaa* decía sentirse «invasora» del espacio del personal sanitario:

Sí, en el parto, porque como que el ginecólogo sabe lo que hay que hacer y llegas tú e invades su espacio, sobre todo en el primer parto, y me pasó con el ginecólogo y también con la matrona, pues eso, de «pero vamos, qué más te da que te pongamos oxitocina, si llevas epidural, a ti te da lo mismo» ... bueno, pues... ¡o no!

Matrona Empoderada opina que la atención es paternalista, y que los profesionales no ganan nada con esa actitud de querer mostrarse como «amos del castillo»:

La atención tiene que dejar de ser paternalista, y ya no sólo a nivel obstétrico, sino que los pacientes en general deben ser dueños y tener capacidad de decidir qué sí y qué no, porque a mí me pagan ellos, básicamente, y porque... ¿a mí qué más me da? Yo me voy a mi casa al final del turno y a mí no me va la vida en... ¿qué voy a ganar yo estropeando los deseos de una mujer? No me entra en la cabeza, yo... creo que sí, que tienen que seguir expresando lo que... sus deseos.

Esa vulnerabilidad es tal que, una vez entras en el hospital, en el territorio ajeno, ya no puedes conseguir gran cosa, como indica *Lucía*:

Te cambia el chip una vez que entras por allí, por mucho que tú vayas con tu plan de parto y vayas súper concienciada, y seas como tú quieras ser... al final entras en la dinámica médica. Y porque no pasó nada grave, pero es que si pasa algo grave, yo creo, ¿eh?, que ya sí que dejas de ser tú y de tomar decisiones. Es que no puedes, no puedes ni físicamente puedes, estás en un momento en que ni siquiera piensas en ti, casi piensas más en lo que viene, porque claro, quieres que venga bien y que no sufra ni nada, entonces claro, pues te dejas, incluso te puedes dejar hacer cosas que tú no quieras dejarte hacer, pero no tienes fuerza de responder.

En un territorio ajeno, pueden hacerte una auténtica encerrona, como le sucedió a *Gloria*:

Te regañan un montón porque entienden que eres tonta y que no sabes lo que dices y te quieren convencer, pero bueno, yo ahí fui muy asertiva y no tuve mucho problema... sí que una vez tuve una encerrona en el tercero, que me subió... en el tercero me hice exudado vaginal, pero no quería tacto, claro, estaba a punto de parir, y cuando llegué a la ginecóloga y que no me hiciera el tacto, que sólo tomara la muestra, me dijo «espera», y vino con otros cinco o seis ginecólogos, me echaron la charla, en fin... A que yo les diera explicaciones de por qué no quería tacto y ellos dándome explicaciones de por qué tenía que hacérmelo, cosas absurdas, pero bueno... no me lo hicieron, claro. Entiendo que

eso puede amedrentar a más de una y que hay quien ceda, así que sí... te expones un poco a un mal rato, a mucha presión. Pero yo como iba muy convencida y tenía las cosas claras, pues no me supuso mucho problema, pero sí que es complicado, hay que mentir a veces...

Sfg pasó por una experiencia parecida porque no quería ponerse una vía:

Los ginecólogos no lo entendían, vinieron a visitarme varios ginecólogos, la verdad, un poco incómodo, que me saliese del paritorio «no, que salga la paciente, que le vamos a contar unas cosas», claro, mi marido decía «pero bueno, si está dilatada de siete centímetros, ¿cómo va a salir? Es que ustedes no saben lo que es un parto, claro, porque si no no plantearían semejante estupidez, ¡que salga aquí al pasillo a que ustedes le cuenten cualquier cosa!». Bueno, entraron varios ginecólogos, entró el anestesista, para tratar de informarme o convencerme de los riesgos que tenía el no ponerme una vía por protocolo, yo les expliqué mis motivos, les dije que no quería una vía, que asumía los riesgos... y bueno, claro, tuvieron que respetarme por narices, pero vamos, sí interfirieron un poco en un momento dado ahí en la dilatación, porque no me... o sea, trajeron de convencerme a toda costa.

Así, si el locus de control entre quienes deciden dar a luz en su domicilio está bien establecido, si las madres comprenden cómo en su propio territorio se sienten más seguras, en un entorno que les resulta cómplice y familiar... es normal que al entrar en un territorio ajeno y que impone tanto como un hospital, las mujeres sientan miedo, estrés, y sensación de pérdida de autonomía.

5.4.4.4. Los lobos con piel de cordero

Un parto respetado empieza también por una correcta atención en el embarazo, donde a la gestante se le pide su opinión, se le explica en qué consisten todas las pruebas y se le permite decidir si quiere realizarlas o no. Esto quiere decir que la mujer embarazada nunca deberá realizarse una ecografía si no lo desea, ni recibir un tacto si no está a favor de éste. No tiene por qué realizar ninguna prueba que ella no desee, siempre después de recibir la información de manos del profesional y decidir sopesando pros y contras.

Pero a veces, la atención irrespetuosa se disfraza con más o menos sutileza: algunos centros hospitalarios son conscientes de que las madres solicitan con mayor frecuencia partos respetados, e intentan vender la idea de que ellos van a poder ofrecer esa atención, pero sin un cambio real en los protocolos y en la propia ideología de los profesionales de dichos centros. Por ejemplo, *Lucía* me contó cómo el hospital en el que iba a dar a luz se jactaba de tener pelotas de pilates y todo tipo de herramientas para poder disfrutar de un parto más humanizado... pero el día en que acudió ahí, todo ese

material estaba «guardado», con lo que no pudo solicitarlo. También *Alexia* ejemplifica con la siguiente anécdota cómo muchas veces intentar buscar un parto respetado es más una cuestión de azar:

Ellos tienen sus protocolos, tú llegas, te ponen el enema, te no sé qué, te monitorizan, y no sé hasta qué punto respetarían... no sé. Por ejemplo, una conocida tenía un plan de parto porque fue a un hospital diferente que en teoría el parto es mucho más natural, tiene piscina, con cuerdas para estirarte desde el techo, para llevar la dilatación de otra manera, y por ejemplo ella terminó en una cesárea. Se fue a un hospital más lejos para tal y aun así terminó en cesárea.

Amanda me relató cómo en el hospital donde tuvo su primer parto también decían frases muy bonitas que luego se quedaron en nada, puesto que finalmente vivió una experiencia muy intervencionista y para nada respetuosa:

Cuando yo preguntaba por el protocolo del lugar donde tuve a mi primera hija, la frase es «el parto es tuyo», lo usaron doscientas veces. Cuando llegó el momento del parto, les molestaban las preguntas, no sé para qué muestran... prometen una cosa si después están en el lado contrario.

Mrg78 destaca los casos curiosos de los hospitales iHan:

Yo tengo compañeras que han dado a luz en hospitales que tienen el sello éste iHan, y han sido cesáreas sin respetar, o sea, una serie de protocolos que no tienen nada que ver.

Maiai, matrona, reflexiona sobre la **mercantilización del parto respetado**, en el sentido de que está manipulado para tener estadísticas positivas quizás de cara a auditorías más que por una cuestión de creer firmemente en ello:

Yo creo que aquí se respeta mucho y que el plan de parto se hace con bastante frecuencia, pero no sé si se hace si en necesario para que te vean, que las mamás están empoderadas y conscientes de lo que están haciendo cada vez que van a parir o si realmente es para tener un número equis de «en Tenerife se presentaron 250 planes de parto de enero a junio de 2015» o yo qué sé, en realidad no sé si es para tener un seguimiento de planes de parto hay, pero sí se hace.

Matrona Empoderada se lamenta de cómo en realidad el cambio que se quiso llevar a cabo con la *Estrategia de Atención al Parto Normal* se quedó sólo en buenas intenciones:

Creo que el cambio que se intentó con el desarrollo de la Estrategia no se intentó implementar... en muchos hospitales pusieron pelotas y pusieron no sé qué silla un poco más especial, pero no se les quitó el poder a los médicos... no para dárnoslo a las matronas, sino para dárselo a las mujeres, para que parieran como ellas quisieran o necesitaran cada una, entonces creo que fue un simple parche, algo probablemente que quedaría muy bien políticamente, pero que en la

realidad el cambio se da debido a esfuerzos personales, que cada uno hacemos, porque queremos, a costa de nuestra salud mental muchas veces.

A veces los partos vaginales se intentan «camuflar» como «partos naturales», cuando no son equivalentes: un parto vaginal puede haber sido muy intervenido. Es lo que cuenta la enfermera *Adriana*:

En la cartilla del niño aparece cómo fue mi parto, y siempre he pensado, digo «yo no sé qué piensan que es un parto natural, porque ponía “parto natural”, y de natural nada». [...] El residente que estaba allí me preguntó por el parto, me dice «¿parto natural o cesárea?» le digo «parto vaginal distócico» dice «bueno, natural», le digo «no, natural no». Le corregí porque evidentemente no es un parto natural.

En el lenguaje cotidiano, muchas veces se usan como equivalentes, cuando no lo son. A *Andrómeda* se le escapó:

Pues a ver, el parto natural... digo... vaginal, que luego me pusieron una epidural, me pareció muy doloroso y me pareció que cuando en el pico alto del dolor, donde pedí la epidural, sí que lo viví con sufrimiento.

El peligro que tiene tratar de mostrar como equivalentes un parto vaginal con uno natural es que entonces ignoraríamos todo el intervencionismo que pueda darse: se puede parir por vía vaginal y aun así estar inmovilizada, monitorizada, en postura de litotomía, pasar por un rasurado-enemado, tener la epidural y oxitocina, pasar por una episiotomía, pasar por el uso de instrumentos, etc.

En cualquier caso, a pesar de que existen iniciativas loables en favor de un parto más humanizado, menos intervenido, con mayor poder de decisión por parte de las madres, también se están usando en algunas ocasiones todas estas iniciativas de manera oportunista y para intentar «apuntarse a la moda» del parto natural, cuando no todos los centros hospitalarios están preparados para asumir estos cambios aún: ni a nivel de protocolos (porque no los han cambiado según la última evidencia científica, o porque tienen «protocolos no escritos» que están directamente en contra de dicha evidencia), ni a nivel de personal (no se ha formado al personal, y resulta extremadamente complejo que un personal que no cree en lo que está haciendo lo realice con entusiasmo; también existen muchas tensiones entre el personal, como veremos en el apartado 5.5) y a veces ni siquiera a nivel de infraestructuras (no todos los centros hospitalarios están capacitados para ofrecer las mismas cosas, lógicamente).

5.4.4.5. Enchufe, recomendación o trato de favor

El trato muchas veces cambia mágicamente cuando hay un conocido en el entorno hospitalario. En ese momento, las mujeres dejan de ser números y pasan a ser más «personas». Por ejemplo, *Emma* relata cómo el trato hacia ella estaba siendo inadecuado, pero que...

... yo tengo un familiar que trabajaba en el hospital, que es jefe de las urgencias del hospital y habló con ellas, y a raíz de eso el trato cambió.

Jable se sintió bien tratada porque su madre trabaja como enfermera en ese centro:

Pero porque mi madre es de la casa, mi madre trabaja en ese hospital, porque muchas de las auxiliares o enfermeras o incluso el anestesista de uno de los dos partos eran compañeros de mi madre, entonces en ese sentido sí.

Txu estuvo ingresada un mes por amenaza de parto prematuro, lo que le permitió conocer a todo el personal de planta, y con lo que luego sabe que se le dispensó cierto trato de favor, dejando que su marido estuviera presente en los monitores, lo que no permitían los protocolos del hospital:

Muy bien, es que le dejaron... no es justo, pero claro, le dejaron estar en box, en urgencias, por lo mismo, porque había estado un mes allí, conocía también, y había sólo una mamá, le preguntaron si le molestaba que estuviese él, dijo que no, yo me hubiese enfadado si hubiese estado su pareja y le dijeron que a él no, la verdad...

Sin embargo, a *Leia* le atendió una ginecóloga madre de una amiga, y el trato de favor le hizo sentir más bien agobiada:

La otra vez me intentaron tratar como un poco de favor, y de tanto favor que me hacían a mí me agobiaban.

El trato mejora aún más si se trata de personal sanitario. Por ejemplo, *Adriana* es enfermera y su marido también:

Es decir, mi marido también es enfermero igual que yo, íbamos como de recomendados, porque aunque no trabajamos ninguno de los dos en el hospital, mi cuñado sí que trabaja allí y conocía a todo el mundo y es verdad que yo entré y mi cuñado también, o sea, como que íbamos de recomendados. [...] En mi caso, yo creo que sobre todo por parte del ginecólogo sí que hubo más información por su parte por ser «cuñada de» y además ser enfermera.

Nessi es pediatra y trabajaba en el hospital donde parió:

Como es un trato diferente, supongo que el trato al personal es un poquito diferente que el trato con una persona que no es personal, siempre me sentí

entendida y más o menos bien. [...] Ya sé que es muy duro decir esto, pero es que es verdad que hay trato de favor hacia el personal sanitario, es la verdad, ocurre en todas partes, entonces que no sabía que yo era pediatra, directamente ni me preguntó. Cuando ya le dije que era pediatra ya me empezó a tratar un poco mejor.

Así, siguiendo con el valor simbólico de la territorialidad, cuando una persona forma parte «del gremio sanitario», o viene recomendada... de repente, cambia totalmente el supuesto valor amenazante de dicho territorio: «si eres de los nuestros, eres bienvenida». La identidad colectiva, en este contexto, resulta crucial, porque a partir de ese momento cambia totalmente el trato para con la paciente: si está recomendada, se va a personalizar mucho más su trato, y si es personal sanitario, directamente forma parte de dicha identidad colectiva, y extensiblemente, el territorio hospitalario también podrá ser, en parte, «su» territorio⁶⁰.

5.4.4.6. Cuando la edad no encaja

Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2006), seis de cada diez mujeres españolas creen que tener un hijo supone un obstáculo para su desarrollo profesional y, en consecuencia, deciden postergar la decisión hasta después de los 35 años. Siempre se ha dicho que a partir de dicha edad disminuye la fertilidad y aumentan los partos instrumentales y las complicaciones en embarazo y parto. Sin embargo, existen estudios más novedosos que demuestran cómo los 35 años actuales no son iguales a los 35 años de hace medio siglo, por ejemplo. El más famoso es el de David Dunson, que en el año 2004 realizó un estudio según el cual el 82 % de las mujeres entre los 35 y 39 años quedó embarazada en menos de un año (Dunson *et al.*, 2004). También, según este mismo estudio, aunque con la edad las posibilidades de un niño con anormalidad cromosómica aumentan, estos problemas no se incrementan tanto como se pensaba anteriormente.

Lo curioso es que hay otras veces en que la edad, simplemente, no les encaja culturalmente a los profesionales: cuando las mujeres son jóvenes, a pesar de que

⁶⁰ Según Milton Santos (1994), la territorialidad es más que el mero ambiente físico y material: se trataría del espacio mismo de la vida, construido a partir de las relaciones sociales, en tanto que lugar de organización social y política, y donde los sujetos que lo ocupan llevarían su propio territorio a cuestas, a partir de distintos valores (políticos, religiosos, etc.) o por la consecución de un mismo objetivo.

físicamente puedan tener más ventaja, culturalmente suelen referir un trato quizás más paternalista aún que de costumbre. Es lo que comenta *Civita*, que parió a los 25 años:

Pero luego me tocó con una ginecóloga que era un poco borde y un poco gilipollas, porque yo no sabía que ella era la ginecóloga y que era doctora, a mí nadie se me presentó, me llevaron a una sala y apareció ahí una mujer, y yo, pues oye, yo la trataba como trato a todo el mundo, ¿no? Al principio, si eres una persona joven, pues te trato de tú, yo creo que ya estamos en el siglo XXI... Y entonces, cuando me fueron a desnudar para mirarme, pues una enfermera me dijo «deberías tratar de usted a la doctora, porque tratarla de tú»... digo si es que ella a mí no se me ha presentado, ella a mí no me está tratando de usted, yo porque tenga 25 años no significa que a mí no me tengas que tratar con respeto, eso a mí me sentó muy mal, y luego la ginecóloga muy borde conmigo, «porque es que eso no es nada, porque eso no son ni contracciones, no tienes nada, así que tal» (imita voz alta), y luego muy brusca a la hora de hacerme un tacto, porque me hicieron un tacto, muy brusca, muy desagradable, entonces la verdad que la ginecóloga bastante mal, esa ginecóloga.

A A. *Gentileschi* le pasó exactamente lo contrario: primíperaañosa, con 44 años, se encontró con un trato desagradable a causa de su edad:

Me preguntó si me habían hecho amniocentesis, le dije que no, dice «pero tienes 44 años», dije «sí, pero está todo bien», «¿y qué vas a hacer si nace mal, tirarlo en un cubo?».

[...] En opinión es esta señora, a partir de los 35 años había que hacerse amniocentesis todas, es una ginesauria.

El Cid, ginecólogo, comenta cómo el aumento de la edad en los embarazos hace que aumenten las posibilidades de riesgo:

En obstetricia porcentualmente ha disminuido el número de algunas intervenciones, en razón de la disminución notable de la natalidad, pero, a la vez aumenta el número de pacientes que consiguen un embarazo a edades cada vez más tardías, por lo tanto con mayores posibilidades de riesgo natural.

El también ginecólogo *Mickey Mouse* piensa que si las recomendaciones de la OMS no pueden aplicarse en España es a causa de la alta tasa de «momias embazadas» (*sic*):

La Organización Mundial de la Salud el problema es que yo creo que está hablando de países que son mujeres jóvenes, negritas sanas que paren estupendamente por vía vaginal, ¿sabes? Yo creo que son recomendaciones que no se pueden aplicar aquí a países como España, que... fíjate, antes decíamos primerizas añosas después de los 35 años... ahora es que tenemos añosas, añejas y gran reserva (se ríe). Entonces eso son úteros y mujeres que no van a responder igual que las negritas de veinte años, ¿sabes? Entonces yo creo que hay que matizar un poquito... no se pueden aplicar de forma dictatorial los criterios de la OMS porque las poblaciones son muy diferentes, ¿no? Entonces aquí en España te digo que hoy por hoy es imposible el 16 % de cesáreas que

comenta la OMS, hoy por hoy, con nuestra tasa de momias embarazadas, es imposible...

Deiviz, matrón, comenta que cada vez las mujeres en España dan a luz o muy jóvenes o muy mayores:

Y luego las españolas, por ejemplo, pues se observa que hay como muchos límites de edad, están las que son súper jóvenes o las que ya son muy mayores, los límites intermedios de edad es lo que no abunda ahora, mujeres de veintitantos años siendo madres hay muy pocas, son más de cerca de cuarenta o de menos de veinte. Son dos extremos en las españolas.

Por lo tanto, si el embarazo transcurre con normalidad y sin complicaciones, las mujeres deberían seguir siendo las que tomen las decisiones, tengan la edad que tengan, pero muchas veces se trata aún más paternalistamente a las mujeres muy jóvenes y, por el contrario, se cae en un auténtico edadismo con las mujeres que se quedan embarazadas (y más aún si son primíparas) a partir de cierta edad (sobre todo con las mayores de 40).

La edad y el riesgo obstétrico de la mujer no parecen ser razones para la variabilidad existente en las tasas de inducciones, episiotomías, uso de analgésicos y anestésicos y cesáreas en los hospitales españoles y sí más los diferentes estilos de práctica clínica de los profesionales que intervienen en la asistencia al parto (González Salgado, 2011: 40).

5.4.4.7. Sumando otras violencias

Algunas veces puede haber además una superposición de violencias: la violencia obstétrica puede sumarse a la homofobia, o al racismo y/o xenofobia en el trato. Pueden ser meros comentarios casi anecdoticos, como a *Chos*, de quien el personal sanitario se reía porque «daba de mamar como las brasileñas»:

Recuerdo que estaba cansada y tenía al niño puesto de lado, y yo estaba de lado en la cama dándole el pecho y llegó una enfermera (¡las cosas que decían en aquel entonces!) y me dijo que así solamente dan de mamar las brasileñas, ¿tú qué te crees? No tenían ni idea de lactancia las enfermeras de planta, no sabían nada de lactancia, no había nadie a quien preguntarle.

Amanda explica que no comprende cómo en grandes ciudades multiculturales no les entra en la cabeza al personal sanitario **tener en cuenta la diversidad social y cultural**:

Veo que hay como implantado un modelo predominante de crianza y... como que entiendo que es normal, que cada cultura tiene el suyo predominante, pero me parece que también podría ser más abierto. Y teniendo en cuenta que... al menos en los lugares en los que yo viví, yo viví en Madrid y en Barcelona, había gente con muchos orígenes diferentes, o sea, un lugar pero también con su

mochila puesta o con su esquema de valores o con lo que sea... no veo que hubiera apertura en ese sentido.

Amanda tuvo a su tercera hija en Holanda, y explica cómo ahí tuvieron en cuenta su posible diferencia cultural ya que, al parecer, las españolas residentes en Holanda tienen miedo al parto porque la visión de éste es totalmente diferente al paradigma más patologizante que hay en España, lo que les hace sentir muy inseguras:

Por ejemplo en la de Holanda, acá no dan epidural preferentemente, la ven como súper... la ven como algo de riesgo, y algo que va en contra del proceso natural, pero aun así, entró a la mitad del proceso la ginecóloga que estaba de guardia y me dijo que ella entendía que los holandeses tenían una visión del embarazo y del parto diferente a la de mi cultura de origen, y que si yo sentía que tenía que seguir otro curso, que lo hablara, y que si quería la anestesia, podían acceder a ello, como que no estaba totalmente vedada.

Otras veces se trata de algo más grave. *Kalí* es gitana y explica cómo fue la atención obstétrica que recibió:

Primero me dijeron cosas tipo «es que vosotras las gitanas sois muy jóvenes», no dijeron gitanas, dijeron «es que vosotras sois muy jóvenes, siempre tenéis los niños muy jóvenes»... Dudaron de que hubiera seguido el embarazo, después me preguntaron cómo... lo de siempre, que es una tontería pero a mí me afecta, no es que a mí me afecte, es que a cualquier persona le afectaría que todo el mundo le pregunta «¿pero tú eres española? Porque tienes unos rasgos», y cuando dices que eres gitana siempre «pues no pareces gitana» (se ríe). Igual es una tontería, pero no lo es. Todo el rato estereotipos. Y en el segundo, pues ya te digo, mi prima de aquí me dijo «vas a estar en la 118» y yo le dije «qué dices, a mí no me van a... a lo mejor paso desapercibida». No, no, me pusieron en la 118 (se ríe). El motivo de poner a las gitanas en la misma habitación, que hay dos camas, no es para segregarlas, es porque están tan lejos del control que como se supone que viene mucha gente a visitarnos y molestamos mucho, nos ponen lejos para que no molestemos. Es el estereotipo siempre, además en mi segundo parto mi familia no estaba aquí y la familia de mi marido vivía en Madrid, y sólo vinieron tres personas a visitarme, iy en días distintos! (se ríe).

Kalí además está realizando un estudio junto a su marido, sociólogo, sobre violencia obstétrica en mujeres gitanas y me comentó cómo se ofrece a las mujeres gitanas una ligadura de trompas con gran facilidad:

Yo creo que a las gitanas, por lo que estoy escuchando ahora, que ya sabes que estoy intentando hacer el estudio éste, sé que a muchas gitanas se lo ofrecen mucho más [ligar las trompas tras el parto]. Que es por racismo y también por machismo.

Bac + 2 es marroquí y siempre tiene que estar aguantando ciertas preguntas:

Me preguntan por ejemplo aquí, muchas veces, por qué llevo el velo. Yo no tengo por qué darte explicaciones, ¿sabes? (se ríe), no tengo que explicarte, es una cosa mía que no tengo por qué explicarla. Preguntan. Esa pregunta a veces te viene, a veces estás mal y no quieras ni responder. Tampoco es una cosa... ya me he acostumbrado, no me importa. Pero muchas veces yo lo entiendo, porque como me ven que yo... por ejemplo puedo hablar un poco, yo hablo un poco castellano bien, te ven que vives aquí, que estás un poco... soy un poco abierta a la cultura de aquí de España, te ven con el velo, y preguntan... «¿y tú entonces, una persona como tú por qué lo llevas?», ¿sabes? Y entonces yo a veces explico que es por cosa de la religión, que no es porque te obliga nadie, porque yo quiero, porque soy más guapa, a mí me parece que estoy más guapa (se ríe), ¿sabes?

Aun así, *Bac + 2* prefiere ser directa:

Mucho racismo, y se nota mucho en el trato y todo. Pero conmigo no... pero yo también soy una persona que si a mí una persona me trata mal lo paro y le pregunto, «a ver, ¿a ti qué te pasa, va todo bien, no te gusta trabajar porque yo soy marroquí o lo que sea? Pues ya está, te vas y no hay ningún problema».

Deiviz, matrón, comenta que al ser un matrón varón a veces tiene problemas con los maridos de las mujeres musulmanas en los paritorios:

Las árabes en donde yo estoy hay muchas, y son mujeres que se quedan paralizadas, la relación con las árabes y los maridos es un poco difícil, por ser un chico, que ahí también los compañeros que estamos en el paritorio pues muchas veces los maridos no... no quieren que atendamos a las mujeres.

Bac +2 también explica cómo a veces ni le han mirado a la cara:

No hacen más que llenar (gesto de escribir), y hacer preguntas y llenar, llenar, llenar, y luego tú no te enteras de nada, estás ahí... Lo mismo le está pasando ahora a mi cuñada, y a veces te toca algún borde que no quiere ni mirarte la cara, y tú estás tan contenta porque quieras vivir el embarazo (se ríe), ipero no todo el mundo lo está viviendo como tú! Y te toca algún borde así que ni siquiera te mira a la cara y no te explica nada y si no sabes hablar español te dice «¿pues por qué no has traído a nadie contigo?», eso pasa.

En una ocasión, estaba haciendo el Ramadán, y se sintió algo indispuesta, por lo que acudió a urgencias a ver si su bebé estaba bien, pero no se atrevió a contar que estaba haciendo el Ramadán porque no quería aguantar críticas.

Te miran con una cara de asco... Y me preguntan «y tú, ¿por qué vienes sola? ¿Y cómo eres sola?», o sea, que si vienes sola porque no sé qué, no te pasa nada... Y yo «no he venido sola, he venido con mi cuñado, que está aquí en la puerta», claro, porque yo estaba haciendo Ramadán, y me acuerdo que la niña casi su corazón no late, estaba muy... no les he dicho que estoy haciendo Ramadán, ni me atrevo, porque por el trato que me han hecho, ni me atreví a decirles nada, lo único que les he dicho es que estoy con mucho ardor y que no como bien.

Además comenta cómo tuvo que ingresar a su bebé en el hospital y la pusieron en una cuna destrozada, cuyo barrote le cortó el dedo en dos:

Me han puesto una cama destrozada a la niña, que se le cayó la barandilla y le cortó el dedo en dos, en el hospital aquella noche, y tuve una noche con mi hija aquella noche de miedo, se le cortó todo el dedo, no puse una reclamación, mi marido quería hacerlo pero yo no le dejé porque al día siguiente tenía la operación, ¿para qué? Luego dirán que somos unos moros que intentamos sacar dinero a España, es lo único que van a decir, porque qué me van a hacer, la niña ya gracias a Dios que ya le cosieron, está bien, pero tiene el dedo torcido hasta hoy. Y fíjate que cuando pasó, entró un enfermero y dice «pues ahora la van a cambiar, ahora la van a cambiar», entonces sabían que esta cama estaba mal, te lo juro, así, «ahora ya verás cómo lo van a cambiar», diciéndole a otra chica ahí, y dice mi marido «pues claro, porque nosotros no les interesamos, si fuera una González...», es que mi marido también... «si fuera una González lo la pondría, pero claro, como somos de Marruecos la ponen en esa cama y mira», es que se cortó el dedo enterito, así (me muestra el dedo por la mitad), luego tuvieron que ponerle una cirugía, una mala experiencia que no veas.

Hay otros tipos de violencia (racismo, xenofobia, homofobia, etc.) que en cierta forma son independientes de la violencia obstétrica pero que interactúan con ésta. Así, puede haber personal sanitario más sensible a estas cuestiones y puede haber otro tipo de personal que sí muestre ciertas actitudes (racistas, xenófobas, homófobas) dependiendo de varios factores (sociabilización, formación, educación, contacto con culturas, etc.) que interactúan con la violencia obstétrica en particular y la violencia hospitalaria en general. Así, la experiencia de parto de las mujeres que se ven objeto de múltiples violencias resulta absolutamente devastadora.

Las gitanas somos sometidas a las mismas prácticas de violencia obstétrica que las demás mujeres añadiéndole un plus, una ración extra, de violencia que podemos denominar etno-obstétrica: la violencia obstétrica en nosotras, en las gitanas, llega a agresiones que no se dan en las mujeres payas de nuestro entorno. Además en nuestro caso, no es sólo violencia obstétrica ejercida desde la institución médica, sino desde más instituciones como pueden ser los servicios sociales. Y no sólo me refiero a los casos extremos de esterilización forzada y/o no informada que se han producido en ¡¡¡Europa!!! sino también a las agresiones cotidianas y que son generalmente minimizadas por las propias mujeres blancas, payas (católicas, ateas o agnósticas) que incluso afirman que a ellas les pasa lo mismo. No, no es así, sufrimos tanto en los embarazos como en los partos, postpartos y períodos de lactancia vejaciones y maltratos no sólo como mujeres sino específicamente como gitanas.

La violencia etno-obstétrica afecta, con su propia especificidad, a las otras mujeres racializadas con las que habitualmente trato: musulmanas (sobre las que golpea la islamofobia de género), afrodescendientes y latinas (Agüero Fernández, 2017).

5.4.5. Papeleos

5.4.5.1. Informes clínicos de alta

Una vez termina el proceso asistencial del parto en el centro hospitalario y se le da el alta a la paciente, el médico responsable emite un informe donde se explica cómo fue el ingreso, qué intervenciones se realizaron en el parto y la hospitalización, etc. Pero en algunos casos, puede haber equivocaciones como mezclar informes de otras personas.

Esto le pasó a *Bac+2*:

Había un informe que he tenido que volver a llevarlo al médico y volver a hacer otro, porque me sacaron de otra (se ríe), porque digo «qué raro, aquí pone que fumo cinco cigarrillos al día, pone un par de cosas...», y claro, no era mío, al final habían equivocado.

Txu piensa que los informes son meros corta-pegas:

Me dieron un informe mal hecho, en el que ponía que había parido con cesárea, volví en plan de «mira, a mí no me apetece guardar un informe que pone esto», entonces me lo modificaron y no me habían puesto las complicaciones de después, el legrado y todo esto, y subí a planta, ya ves tú lo que me apetecía, para que me hiciesen ahí el informe, y entonces me hicieron un informe en el que yo había parido con epidural, con no sé qué, y volví a pedir que me lo cambiase, y ése ya decidieron que ya no me lo cambiaban, y eso es lo que viene en mi informe. Yo no sé... aparte de que eran copia y pegas de todos los informes que se hacían allí, supongo que tendrían dos únicos modelos, el de cesárea y el de parto vaginal (se ríe), e hicieron un cortapega, porque igual, lo del legrado no aparece, lo tuve que volver a decir, porque a mí eso sí me interesaba para un futuro, que quedase constancia para un futuro parto, y nada, o sea, lo tengo ahí, tres líneas, lo más escueto del mundo, si yo tuviese que hacer un informe creo que lo haría un poquito mejor, la verdad.

Algunas mujeres, tras una experiencia de parto negativa, relataron cómo los informes que se entregaban con el alta hospitalaria contenían extraños errores u omisiones. Por ejemplo, *Andrómeda*:

Cuando luego releía el informe, me pillaba rebotes, porque es que ponen lo que les da la puta gana, entonces eso sí que me di cuenta. Y con cosas tontas. Que dices «joder, pero si yo no he dicho esto, o no ha sido así la conversación». Es como que siempre se cubren las espaldas hasta con las cosas más absurdas.

Sfg también encontró omisiones en el informe:

Hay algunas cosas que no, que omitieron, que no contaron, por ejemplo, en el informe no ponía que me había atendido una ginecóloga en el parto, a pesar de que era el hospital de Torrejón, o sea, la que firmó el informe del parto, hora del parto, el test de Apgar y demás fue la matrona, cuando no estaba ella, ni estuvo

en el expulsivo ni... pero lo firmó la matrona. Así que en ese sentido, hubo un poco de tergiversación.

El informe clínico de alta, por lo tanto, es muy sucinto. Más profunda resultará la historia clínica, que es un documento privado que sirve de reserva legal y tiene una secuencialidad cronológica, donde se consignan las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los procedimientos del equipo de salud. Algunas mujeres deciden pedir también la historia clínica, que amplía el contenido del informe, como hizo *Kalí*:

En el primero me lo dieron mal, incluso fui a pedir otra vez la historia cuando estuve en el grupo de ayuda de EPEN, fue una forma de terapia, volver a tal... Y cuando lo pedí, no ponía ni la mitad de las cosas que me habían hecho. ¿Soy una embustera, me lo he imaginado yo? No sé si me lo he imaginado...

Muchas de las mujeres expresan que en los informes nunca se ponen las «cosas negativas» para cubrirse las espaldas. Por ejemplo, la hija de *CrisVR* nació con la cabeza repleta de pinchazos, pero eso no aparecía en el informe de alta:

Menos lo del monitor interno, eso no lo ponía, fíjate, eso no lo ponía, que además lo miré adrede para ver lo de los pinchazos en la cabeza, si ponía la cantidad de pinchazos y tal y no lo ponía.

Y lo que **no aparece jamás, en ninguno de los informes**, es la maniobra de Kristeller. De todas las informantes a las que se la realizaron, a ninguna de ella se la incluyeron ni en el informe ni en la historia clínica, como le pasó a *Anabel*:

Pero no fue un informe pormenorizado, de hecho yo pedí luego un informe, al cabo del tiempo, pedí por escrito una copia de todo y me lo dieron, pero para mí faltan mucha de las cosas que no están incluidas ahí, como el Kristeller.

A *Happymoon*, que tuvo unas graves consecuencias físicas a causa de la maniobra de Kristeller, tampoco se la incluyeron en su informe:

A ver, en el informe no pone nada de que se me tumbaron encima. Además que luego, claro, yo no sabía ni cómo se llamaba eso, y mi amiga ésta la que te digo que dio a luz en el otro hospital luego cuando le dije lo del hematoma me dice «¿te hicieron una Kristeller?» y yo «no sé, ¿qué es eso?», «¿se te echaron encima? Pues seguramente el hematoma que llevas ahí es de eso».

Yogui es ginecóloga y piensa que la maniobra de Kristeller no aparece porque si no «los informes serían larguísimos». Lo que no explica es por qué tampoco aparecen en la historia clínica, que debe de ser pormenorizada:

Entonces quizá por eso no se incluye en los informes de alta, pues como no se incluye si se ha realizado una maniobra de Credé para facilitar el alumbramiento

de la placenta, o si el alumbramiento se hace dirigido con oxitocina... bueno, hay determinadas cosas, no se pone todo con pelos y señales, porque si no los informes de alta serían igual extensísimos, ¿no? Quizá es solamente por eso, no por nada más.

Savannah, ginecóloga, opina que así se juega con la ignorancia de la gente:

Y es verdad que hay muchas omisiones (se ríe) con muchas cosas, sí, sí. Por eso yo creo que es porque jugamos un poco con la ignorancia de la gente también, hay gente que ahora está como más... informada de todo, más empapada de todo, pero no todo el mundo sabe qué es una maniobra de Kristeller, no todo el mundo sabe que tienen que pedir permiso para determinadas cosas, incluso para hacerte un tacto... entonces jugamos con eso, con la ignorancia y con el abuso de poder también, y el falso... la falsa protección: «esto es porque tu bebé ha de nacer ya, porque se muere» (voz dramática).

Covicheira es también matrona y admite que «evidentemente no aparecen en los informes de alta». La matrona *Mar* me explicó que hace poco precisamente estaba revisando el informe y la historia clínica de una mujer a la que le hicieron una maniobra de Kristeller, pero ésta no aparecía en ninguno de los dos:

Sí que después cuando me meto en la historia del parto, la oxitocina suele aparecer, pero no siempre, y curiosamente he estado buscando y ella me ha explicado muy bien lo que le habían hecho, o sea, estaba clarísimo que era un Kristeller, y no, no constaba. No constaba en la historia tampoco. No sé si es habitual o no es habitual que no conste, supongo que sí. Ya te dije que aquí hemos conseguido bastante, estamos... pufff... no nos podemos relajar, porque cada vez que nos relajamos nos quitan un poco del espacio conseguido, pero sí que hay algunas cosas que ya están mal vistas e intentan no hacerlas, pero por lo que veo pues hay gente que todavía sigue con ello.

Indie Matrona pone los puntos sobre las íes:

Imagínate que a una paciente a la que se le realiza un Kristeller luego hace un sangrado postparto, un sangrado ya en planta. Entonces al dejar reflejada la realidad, que es que se le ha hecho un Kristeller, una cosa que hay que descartar es que en relación con el Kristeller se haya podido desprender la placenta, de manera errónea. Entonces... claro, ahí se buscan culpables. En cambio, si es la naturaleza la que ha hecho que ese útero no se contraiga bien, pues ya no hay culpables, porque es la naturaleza, entonces hay ese miedo por eso, yo creo

Mickey Mouse, ginecólogo, también apunta a que es un modo de cubrirse las espaldas:

Pues porque legalmente no se debe hacer... y ante cualquier problema en un parto, el abogado de la parte contraria dice «¿cuántos Kristeller se hicieron y con qué intensidad?», eso me hace mucha gracia porque la intensidad no se puede medir... Es un problema legal principalmente, o sea, es una maniobra que sabemos que no se debe hacer, porque lo pone en todos los centros, pero es verdad que se sigue haciendo y en algunos centros de forma sistemática.

Matrona Empoderada, de hecho, explica que asistió a un congreso, donde un abogado especialista en la materia de las denuncias por mala praxis y negligencias médicas aconsejó no incluir nunca dicha maniobra en la historia clínica:

Y el abogado, lo que le dijo a esa matrona, fue «no se baraja, pero yo lo que te recomiendo es que no lo escribas en la historia clínica, ese término [el Kristeller], porque... si se va a juicio...». De hecho, una de las cosas que me llama la atención es que no se haya incluido en los indicadores que se recogen en los hospitales, con lo cual la Estrategia y el ministerio, los hospitales, colaboran a que eso siga ocurriendo. Y ocurre. Se hicieron unas encuestas a las madres en mi hospital hace tres años y... de las mujeres encuestadas, el 41 % había dicho que le habían hecho un Kristeller. El 41. Y... bueno... probablemente sepas que lo que era del Observatorio de Salud, el 26,1 % de las mujeres encuestadas, aunque esos datos creo que no fueron publicados como tal, pero... es altísimo.

El ginecólogo *Mickey Mouse* además añade:

Es verdad que hay niños que los han sacado a empujones desde el primer plano, los han sacado a base de codo, y eso pues tampoco me parece razonable... y todo por no esperar los tiempos adecuados... y entonces por eso no se pone en los informes, el Kristeller nunca te lo van a poner. [...] Es que ya te digo, que no se debe hacer, es una maniobra proscrita, solamente en casos muy muy seleccionados, pero hay sitios que... vamos... es que los sacaban a los niños desde el primer plano, como si fuese exprimir un tubo de dentífrico... Es una mujer, no un tubo de dentífrico...

Por lo tanto, el no incluir ni en los informes de alta ni en el historial clínico ciertas prácticas, como la maniobra de Kristeller, actualmente totalmente desaconsejada pero que se sigue realizando en un 26 % de los partos (OVO, 2017: 7), puede formar parte de la tendencia hacia la medicina defensiva propia del modelo de salud hegemónico, como vamos a ver en seguida. Si una maniobra no aparece en el informe o historial, en el caso de poner una reclamación o una denuncia, será mucho más difícil probar que se ha realizado dicha maniobra.

5.4.5.2. Reclamaciones y denuncias

Algunas mujeres expresaron que en su momento quisieron poner una reclamación en el hospital a causa del trato recibido, pero precisamente a causa de la vulnerabilidad del momento, no tuvieron fuerzas para llevarlo a cabo. Por ejemplo, *A. Gentileshi* quiso poner una reclamación por el trato recibido cuando tuvo un aborto espontáneo, pero finalmente lo dejó de lado. También *Bea* también pensó en reclamar pero al final no lo hizo. *Amanda* intentó redactar una reclamación varias veces pero finalmente desistió.

Maicha quiso poner una reclamación pero le amenazaron que, si lo hacía, dejarían a su hija ingresada y a ella le darían el alta, para separarlas:

De la mayor, conforme nació, estaba de obras el hospital, y la niña nació a término, bien de peso, Apgar 10, todo esto, se la llevaron a neonatos porque no había habitación para ella y para mí, y le dieron biberón, y yo tenía las tetas que me iban a reventar, y no me dejaron ir a buscarla, y mi marido de aquello decía «bueno, cari, por dios, tú tienes que entender», y yo decía, «yo no tengo que entender, yo he pasado nueve meses gestando a este bebé, no he chillado, porque se la llevaron ya porque no había sitio», yo qué culpa tengo, yo me quedo en el pasillo con ella pero no te la lleves, fui a poner una reclamación, iy no me dejaron poner una reclamación! Que eso no era motivo de reclamar, que yo tenía que entender que estaba en obras, y claro, recién parida, con tus puntos, bajando por las escaleras, el personal que me iba... «te vamos a dar el alta a ti, y vamos a dejar el bebé aquí», o sea, como yo quería poner una reclamación me amenazaron con darme el alta a mí pero dejar a la bebé ingresada, y yo «¿ingresada, con motivo de qué?», o sea... pero es que mi pareja no me apoyaba nada. O sea... «Cari, colabora, cari, no te pongas difícil» (voz de tonto), entonces pues tampoco estás para luchar, o sea, llegué abajo, fui allí, no me cogieron la reclamación y volví arriba.

Júlia es abogada y colabora con una famosa asociación catalana a favor de los partos respetados, ayudando a las madres a redactar reclamaciones, pedir historias clínicas, etc. Sin embargo, en casa del herrero...

Y lo veo con las mujeres, que a veces les dices y les cuesta un montón y pedir... pues me está pasando un poco esto, «ahora tengo que redactar una queja» y no, no lo hago. Y yo creo que se tiene que hacer, y me paso el día diciéndolo a la gente, pero no, no lo he hecho. La verdad es que, bueno, por lo menos que quede constancia, que se lo lean y digan «la loca ésta», pero por lo menos está ahí escrito y ya puesto un sello. Pero sí, es muy complicado.

Civita opina que es imprescindible poner una reclamación si el trato recibido no es el adecuado, porque si no nunca cambiará nada:

Entonces es un poco eso... «te toca sufrir, hija», te dicen eso, «pues es lo que te toca», y si te toca una mala matrona, pues «mala suerte». No, ¡mala suerte no, quéjate, ponle una reclamación o ponle algo porque si no las cosas no van a cambiar nunca!

Sayenas también opina que las reclamaciones resultan una medida más de presión y que pueden servir para cambiar las cosas:

Porque hay veces en que les das el plan de parto, sí, ahí se queda y les da igual, pero si tú en sus hojas de reclamación o en sus hojas de tal lo dejas por escrito, que es lo que yo hice en ambos casos, todo, hasta lo de la lactancia, lo dije, que me parecía increíble, la insistencia con el biberón o cosas así... ahí es donde se puede ayudar o se puede... intentar que se cambien ciertas cosas. Que se

actualicen. Hay veces que ves algunos hospitales, que dices «esto parece que hasta que no se jubile toda esta gente no va a cambiar».

Eso mismo dice la matrona *Covicheira*:

Hay que reclamar, cuando tú no has tenido una atención adecuada, solamente que cuesta mucho porque emocionalmente cuesta mucho, uno se queda en el puerperio como muy en shock, está como que no ha pasado fase... hay que ayudarlas en el puerperio a hablar de su parto, a que nos cuenten su historia, a que lo verbalicen y luego cuando tengan fuerzas a que lo escriban y a que reclamen, porque es algo que es muy bajo.

Gala puso una reclamación porque ignoraron su absceso mamario, lo que después le produjo una hospitalización de diez días y tener que estar poniéndose antibiótico en vena durante tres meses:

Él se sinceró y me dijo «si te hubiera tenido que meter en quirófano, que era lo que yo no quería al llevar la prótesis, es que te hubiera cortado el pecho como si tuvieras cáncer», de la que tenía liada. Me sacaban jeringas de pus, no te puedes imaginar. No va a haber próxima vez. Esto empezó en el mes de mayo y yo terminé con los dolores como en el mes de febrero del año siguiente, o sea, como te estoy diciendo. Estuve junio, julio y agosto con el tratamiento en vena, tres meses de antibiótico. Puse una reclamación al hospital, lo hice, porque no entendía...

Pero las madres se quejaban de que **las reclamaciones no sirven de mucho**. Por ejemplo, *Sfg* reclamó, pero nunca le llegaron a contestar:

Me intentaron hacer por ejemplo una maniobra de Hamilton sin informarme lógicamente nada, porque sabía lo que era, pero... Puse una reclamación, supuestamente me contestaron que lo iban a hablar en consejo de departamento a médico y demás, pero no sé si lo habrán hecho, espero que sí, así que el trato... [...] Pues me contestaron por teléfono primero diciendo que la habían recibido, y por escrito después diciendo que se había pasado al departamento correspondiente, vamos, a ginecología, al jefe del departamento, para que... y que ellos la estudiarían. Y ahí se quedó.

Maremota explica cómo hubo un problema muy grave de organización el día de su parto, puso una reclamación por el trato recibido y por todas las irregularidades que se dieron:

Pues me hubiera gustado, que yo creo que si a lo mejor me hubieran echado cuenta cuando el matrón y la enfermera llamaron la primera vez, a lo mejor no hubiera pasado nada de lo que pasó. Si hubiera estado la persona... yo ya no sé si era un problema de falta de cobertura de personal o es que simplemente no echaron cuenta y no vinieron, pero bueno, de un modo u otro... vamos, yo puse una hoja de reclamación y todo, porque si es un problema de que no hay personal suficiente, que ya sabemos todos los recortes que hay, pues oye, que se sepa, ¿no? Pero bueno, al final no sirve de nada.

En el caso de *Maremota*, sí le contestaron pero aduciendo que todo lo que le había pasado había sido fortuito. Pero ella reflexiona:

A lo mejor no ha sido nada de lo que me ha pasado fortuito y simplemente la persona que atendió mi reclamación ha tapado a los compañeros que estaban en turno ese día, eso es lo que pienso. Yo seguiría poniendo reclamaciones, para que cuenten, pero no, no sirven las reclamaciones, para que se tomen medidas de verdad, no.

JUNTA DE ANDALUCÍA

LIBRO DE SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

LIBRO LIBRO **HOJA** 0000024

CONTROL DE ENTRADA EN LA OFICINA DE RECEPCIÓN **CONTROL DE ENTRADA EN EL SERVICIO DESTINO**

HOSPITAL MATERNAL REPRODUCTOR

1.- IDENTIFICACIÓN DEL INTERESADO

(Omitido para preservar la privacidad)

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA DEPENDENCIA OBJETO DE LA RECLAMACIÓN

Centro Localidad

3.- TEXTO DE LA RECLAMACIÓN

OBJETO RECLAMACIÓN

COMUNICACIÓN

FECHA

CONTENIDO

REITERACIÓN

4.- LUGAR FECHA Y FIRMA

SCULLA o 23 de ABRIL de 2015

FIRMA DEL INTERESADO

IMPORTANTE:
Los denuncias formuladas en este Libro no tendrán en ningún caso la calificación de recursos administrativos, ni paralizarán plazos establecidos en la normativa vigente para interponerlos.

PROTECCIÓN DE DATOS:
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Hacienda y Administra Pública le informa que sus datos personales, obtenidos mediante la cumplimentación de este documento, van a ser incorporados, para su tratamiento, a un fichero automático cuyo responsable es la Secretaría General para la Administración Pública. Dicho tratamiento tiene como finalidad recoger y dar trámite a las sugerencias y reclamaciones cuyos destinatarios son los centros afectados con el funcionamiento de los servicios de la Administración de la Junta de Andalucía según la normativa vigente, dando trámite, en su caso, de los mismos a los centros afectados y con el objeto de mejorar el funcionamiento de los servicios de la Junta de Andalucía.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Inspección General de Servicios de la Junta de Andalucía, C/ Alberto Liste, 16. 41003 Sevilla.

Figura 5.9. Reclamación presentada por Maremota, el 23 de abril de 2015⁶¹.

! INCIDENCIAS

OTROS - HOSPITAL GENERAL
(CERRADA)

27/09/2016 12:21



Mensaje:

Buenos días,
Querría mediante este escrito formular reclamación por la no advertencia de que se me iba a realizar una maniobra de hamilton en mi última visita a la consulta de ginecología de alto riesgo en la semana 40 de embarazo. Gracias a qué tengo información de lo que es y de cómo y cuándo se debe practicar, así como de los riesgos que conlleva, cuando la doctora me indicó que me quitase las braguitas que me iba a mirar, le pregunté para qué y me dijo que para ver cómo estaba y si eso "animar un poco la cosa", ante lo que me negué y fue entonces

cuando me dijo que era voluntario, que si no quería no tenía porque hacerlo... es decir, sin un consentimiento informado pretendió realizar una maniobra que no era necesaria y que, además de ser dolorosa, entrañaba importantes riesgos. Con esta reclamación pretendo que se advierta a los miembros del equipo de ginecología para que no lo repitan, puesto que da la sensación de que realizan esta maniobra "de rutina" y sin informar previamente al paciente, una práctica irrespetuosa y fuera de la ley vigente de autonomía del paciente.
Espero me confirmen su recepción y cursen advertencia de la misma al servicio de ginecología. Muchas gracias de antemano.

Respuestas:

28/09/2016 13:51

Estimado paciente,

En primer lugar agradecerle que haya contactado con nosotros

Le informamos de que hemos trasladado su solicitud al Servicio correspondiente. Desde este departamento se pondrán en contacto con usted, con la mayor brevedad posible.

Figura 5.10. Reclamación presentada por Sfg (nunca le contestaron).

Kalí incluso denunció al hospital:

En el primero fatal, o sea, yo los denuncié y todo, me trajeron... Me trajeron muy mal porque cuando fui al hospital a la revisión última estaba de 42 semanas, me dijeron que iba a ser el niño muy grande cuando me pusieron los monitores, me había subido un poco la tensión, y cuando me vio la ginecóloga me dijo «¿cómo no te has dado cuenta de que has roto aguas?», yo no lo había notado, las últimas semanas tenía mucho flujo y yo no sabía si era normal o no. Yo estaba yendo continuamente, incluso dudaron de que yo hubiera seguido... que hubiera ido al seguimiento del embarazo. Me dijeron «pero tú, ¿tienes la cartilla?», y yo le dije «sí, sí, sí», y cosas como «es que las gitanas siempre los tenéis tan pronto» y no sé qué, y cosas así, ¿sabes? Total, me trajeron fatal y eso me hizo mucho daño y me ha dolido muchísimo y ha influido en toda mi vida, o sea, en todo. Y el «bah, tú no puedes parir», como «para lo único que valen las mujeres y encima tú ni sabes», ¿no? Me ha afectado muchísimo.

Pensaba, cuando estaba en el hospital, que se iba a morir:

⁶¹ Esta reclamación es en nombre de XXX, con DNI XXX, y que está actualmente ingresada en el hospital XXX. Esta reclamación es por mal atención al paciente y familiares, mala praxis tanto en parto como en postparto e ingreso. Hay hojas adjuntas donde explico detalladamente el caso. Esperamos recibir una respuesta rápida y satisfecha a nuestra reclamación. Consideraremos que en general no hemos recibido una atención correcta, por lo tanto exigimos una disculpa formal del centro, donde especifique todo el tratamiento y explique cómo se puede coger una infección así siendo parto natural. Por supuesto, se pedirán los daños y perjuicios que sean necesarios.

En el primero tuve un pánico mortal, primero a morirme yo, pensaba que me moría. Y no solamente en el parto, sino después del parto, cuando me dieron las fiebres tan altas que no sabían por qué eran las fiebres y yo le dije a mi madre «mira, tráete un abogado para que te quedes al niño porque a mí me van a matar», entonces en ese momento en que yo llorando le contaba eso a mi madre, mi madre fue cuando bajó, llamó a la policía, y los denunció, porque no me podía ni levantar de la cama, yo al segundo día estaba levantada y al cuarto ya no podía ni levantarme de la cama, tenía fiebre altísima.

El Cid es ginecólogo y opina que las pacientes son cada vez más «hiper demandantes»:

Lo que menos, la tendencia cada vez mayor a ser hiper demandantes por parte de las pacientes, tanto por motivos culturales («Atención más que inmediata, Todo tiene que salir bien, siempre en el menor tiempo y sin errores de ningún tipo»), económicos (indemnizaciones) o simplemente intolerancia, sobre todo en la medicina pública. Esta situación origina alteraciones en el comportamiento de ambos. Amenaza de reclamación o denuncia por la paciente y medicina defensiva por parte del profesional.

Matrona Empoderada me contó la historia de una mujer que puso una reclamación por ciertos motivos que realmente escondían otros:

Incluso luego alguna vez escuché historias luego de que habían denunciado... por... no sé qué cosa, que no tenía que ver con el tipo de parto, yo qué sé, que había quedado resto de placenta dentro, o alguna cosa que no tenía mucho que ver, ¿no? Pero yo creo que esa denuncia, probablemente, no fuera «me habéis dejado un cacho de placenta», que puede ser algo que a veces puede ocurrir, incluso aunque se actúe bien, aunque hay formas de intentar asegurarse que eso no pase... pero yo creo que es la forma de dirigir su dolor, «me habéis estropeado mi experiencia» y como no se visibiliza y además en este caso concreto no dejaron pasar a ningún acompañante con ella, estuvo sola... como ella no puede dar palabras o explicar lo que allí pasó, porque esto parece como que no pasa... yo creo que su forma de expresar su... o... no sé si de venganza... de responder a esa situación puede ser una denuncia por otra cosa, porque a lo mejor dices «¿qué vas a denunciar?»... «Pero si hicieron lo posible por mí y por sacar a mi bebé», parece que eso no se entiende... pero... claro, yo sé que la realidad no fue ésa. Y la denuncia fue por un cachito de placenta o no sé qué, pero... no sé, yo interpreté que fue en respuesta a lo que ella había vivido, no tanto a ese problema físico concreto que ocurrió, del cachito de placenta.

Smiling Caballero es ginecólogo y va a tener que pasar en breve por un juicio a causa de una denuncia interpuesta contra él:

Mira, yo he tenido esa experiencia en un parto en domicilio, en una mujer con factores de riesgo, que lo tenía muy claro, y yo como tengo muy clara esta creencia de que eso es lo ideal, pues, entre comillas «la permití» parir en casa. Hubo una complicación, el bebé nació muerto, y ahora... pues yo estoy... a la vuelta de la esquina voy a tener un juicio en el que se pide para mí cinco meses de cárcel, tres años de inhabilitación profesional y 161.200 euros que tengo que pagar de mi bolsillo porque las compañías de seguros no cubren un caso como

éste. Entonces... ¿qué te parece esta anécdota? Pues para mí es muy gráfica de lo que estaba explicando, de que o cambiamos la mentalidad de la población, que eso es muy difícil, o no va a poder ser posible que una mujer decida sobre su parto como decide un enfermo de cáncer de pulmón, y se va a seguir confiando ciegamente. Por eso he dejado de atender partos en casa, aunque creo en ello, y por eso practico la medicina siguiendo rigurosamente los protocolos de las sociedades médicas, aunque no creo en ello.

Se estima que uno de cada tres ginecólogos ha sido denunciado en España entre 1995 y 2004 por sus pacientes: el 30 % de las denuncias son contra ginecólogas mujeres, el 70 % contra ginecólogos varones (Uniteco, 2004). De estas denuncias, el 40 % es por motivos relacionados con el consentimiento informado, documento clave para demostrar que las mujeres conocían los riesgos a los que se sometían.

La medicina defensiva, en cualquier caso, no sólo encarece notablemente el precio de la salud, sino que además consigue que las relaciones entre médico y paciente se tensionen hasta romperse. Pero este tipo de medicina está basada en un modelo sanitario según el cual cuanto más hagas, mejor profesional eres. El problema, como veremos en el apartado 5.7.1, es que en obstetricia sucede exactamente lo contrario: cuantas más acciones emprendas, la cascada de intervenciones aumentará más y más, y la experiencia final de parto puede resultar mucho más negativa.

5.5. DE LOS PROFESIONALES

Dice María Llopis, activista feminista (Manrique, 2014): «¿dónde queda nuestra práctica feminista si ignoramos al útero?». Si en la medicina el patrón por defecto es el masculino, porque la visión es profundamente androcéntrica, si no se trata para nada de una institución neutral, objetiva y libre de influencias ideológicas, si en realidad esconde posiciones altamente sexistas, como hemos analizado en anteriores capítulos... ¿cómo no va a ser una reivindicación feminista el recuperar el espacio que nos pertenece, el no dejarnos amedrentar por discursos donde se reprime la sexualidad femenina, donde persevera la visión de las mujeres en tanto que inferiores y dependientes? Porque aceptar que se perpetúe el orden social de este modo sólo conseguirá que las madres aparezcan como abnegadas y sacrificadas, como obedientes y sumisas con los controles médicos, víctimas sin saberlo de un paternalismo flagrante.

5.5.1. ¿Sanidad pública o privada?

Aunque los datos varían no ya sólo entre sanidad pública y privada, sino también dentro de una misma comunidad autónoma (Sevillano, 2013) e incluso dependiendo del hospital, podemos exponer que las ventajas y los inconvenientes principales de la sanidad pública y la privada respecto a la atención obstétrica son las siguientes:

SANIDAD PÚBLICA

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Mejor infraestructura y tecnología que los privados, más actualización sobre todo en los hospitales universitarios	Las habitaciones suelen ser compartidas, por lo que la intimidad será menor
Más probabilidad de que se pueda presentar un plan de parto, porque hay auditorías y tienen mayor transparencia que los privados	Hay menos comodidad y se cuida menos la estética que en los hospitales privados
Si es un parto normal, será la matrona quien lo atenderá, el ginecólogo sólo acudirá en caso de que sea necesario usar algún tipo de instrumental; hay menos cesáreas que en los privados	Suele haber residentes de ginecología y matronería en formación. Los residentes deben presentarse y pedir permiso para atender y sólo debe haber uno por parto.

Tabla 5.4. Ventajas e inconvenientes de la sanidad pública.

SANIDAD PRIVADA

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Las habitaciones suelen ser más confortables, se cuida más el aspecto hostelería y estético	Los planes de parto no suelen ser aceptados, los partos están muy medicalizados
Suele haber menos saturación, las clínicas privadas suelen ser más pequeñas que los hospitales	Suele haber menos recursos humanos y técnicos: no todos los hospitales privados disponen de UCI neonatal, por ejemplo.
Suele atender el parto el mismo ginecólogo que lleva todo el seguimiento del embarazo	El porcentaje de cesáreas suele ser más alto, aunque depende también de cada centro

Tabla 5.5. Ventajas e inconvenientes de la sanidad privada.

Para el matrón *Jjj*, la diferencia es clara:

El objetivo, principalmente. En sanidad pública hay alguna posibilidad de que éste se centre en la atención a la mujer y en el bienestar del bebé (entendido en parámetros biológicos objetivos, APGAR, Ph venoso al nacer etc.) En la privada el objetivo es meramente económico. Tú pagas, tú exiges, y nosotros

(aseguradoras) te «informamos» de lo que debes exigir. Salvo las honrosas excepciones de alguna maternidad con Unidades de Parto Respetado, el resto son máquinas tragaperras que engañan con sus ofertas de «seguridad» y luego tienen unas tasas de cesáreas de más del 60 %.

Y además añade que siempre hay ciertos patrones repetidos:

Los ingresos a las 38 semanas por «sospechas» como actividad uterina, rotura de membranas, bebé pequeño, bebé grande, y otras muchas lindezas, normalmente los miércoles y las cesáreas los jueves son característicos de la privada.

Luna, matrona, también destaca la cuestión de la privada en tanto que negocio:

La principal es que la privada es un negocio, entonces no deja de ser un sitio donde su funcionamiento siempre va regido los posibles beneficios o no que puedan haber, entonces siempre hay más intervenciones obstétricas porque al fin y al cabo pues dan más dinero al hospital o al obstetra.

A parte del objetivo económico, la atención es diferente: los partos normales en la sanidad pública generalmente son atendidos por matronas, quedando los ginecólogos sólo por si hubiera complicaciones, como veremos en el siguiente apartado. Sin embargo, en la sanidad privada casi nunca es así: los ginecólogos atienden el parto, las matronas serían algo así como enfermeras obstétricas. Como explica el matrón Al:

La diferencia es que en la sanidad privada, por desgracia, los partos los atiende siempre... por lo menos el expulsivo, ¿eh?, los atiende el ginecólogo. Y claro, eso condiciona mucho el parto, porque el ginecólogo está formado sobre todo en patologías, y atiende los partos en realidad como si fueran patológicos. Además como hacen guardias localizadas y demás, se tiende a inducir muchísimo. En los hospitales públicos, hay variabilidad, pero bueno... no hay tanta presión para inducir partos, si el parto es un parto de bajo riesgo lo suele atender la matrona, también contando con que cada hospital tiene su propia forma de funcionar y que hay algunos en los que dejan a la matrona atender los partos de bajo riesgo como ellas vayan decidiendo y otros que no, que se meten más de la cuenta los ginecólogos... pero en general sí se nota que son mucho más intervencionistas los hospitales privados. Son más intervencionistas porque al atender el parto los ginecólogos hacen más inducciones, vamos, la estadística lo dice, hay más cesáreas, y en general son bastante más intervencionistas; aunque la dilatación la lleve una matrona completamente y el ginecólogo no aparezca por allí, cuando se acerca el expulsivo aparecen ellos, y entonces aunque sea para recoger al bebé, ahí están. Y además no suelen esperar a que se caiga el bebé, ellos tienden a intervenir para que sea lo antes posible. Y eso, pues genera patología, como es de esperar.

El Cid trabaja como ginecólogo en una clínica privada:

Hay oportunidades de un trato más próximo con las pacientes por ser menos numerosas y en general ciertamente de menor complejidad (acorde con el

centro) que en las instalaciones actuales de la sanidad pública según el nivel del centro. Por otro lado, las pacientes eligen centro privados por razón de la atención supuestamente más próxima y por lo general disponiendo de más comodidad hostelera y menos aglomeración poblacional, lo cual no significa una minoración técnica en la profesionalidad del especialista.

Para la matrona *Covicheira*, ser atendida siempre por la misma persona podría parecer una ventaja a priori:

Desde la atención privada la mujer tiene la ventaja de que cuenta siempre con la misma persona que la atienda, y eso es una ventaja importante, es cierto: la mujer va, va confiada, sabe quién la va a atender, sabe quién va a estar con ella en el momento de su parto, aunque... bueno... luego realmente cuando conocemos el otro lado sabemos que ciertamente el ginecólogo, que ella cree que va a estar presente durante todo el parto, en la mayoría de las ocasiones va a venir para el expulsivo, ¿no?

Pero el ginecólogo *Smiling Caballero* explica cómo no es oro todo lo que reluce en la privada:

En un principio uno puede pensar que es más ventajoso la atención personalizada, ir con tu ginecólogo que te conoce y que tienes una relación de confianza con él... PERO ocurre que eso lleva a ciertas... digamos, patologías de la asistencia. ¿Por qué? Porque un ginecólogo, como cualquier ser humano, necesita tener una vida privada, y necesita poder programarse cuatro días para irse a esquiar en un momento dado, y si se programa cuatro días para irse a esquiar y contaba con que un parto lo más probable es que hubiera sido antes de esos cuatro días pero resulta que le pilla esos cuatro días y ya se va y tiene esa relación con su paciente y se le olvidó explicarle que si eran esos días él se iba a ir... bueno, pues va a tener una... va a haber, por muchos factores, va a haber una tendencia a que, por parte de la embarazada o por parte del ginecólogo, se acabe tendiendo a programar la fecha de parto, o adelantarla o hacer una cesárea o hacer una inducción que a lo mejor no eran estrictamente necesarias, y eso estadísticamente no influye poco, influye mucho.

Así, el matrón *Deiviz* destaca cómo en la privada se realizan muchas más intervenciones:

Es como que hay un abuso de las cesáreas y las inducciones, que se hacen en función de las guardias del ginecólogo que las lleve. No he estado nunca trabajando [en la privada] pero todo lo que te llega es así. «Yo tengo guardia tal día, y te pongo, y vienes, y te pongo de parto, te pongo un *propess*⁶², te pongo lo que sea». En la pública, si no hay nada, somos las matronas las que llevamos el parto, si es un parto eutócico

La matrona *Luna* resume:

... sería que en las clínicas privadas hay muchas más intervenciones como cesáreas, partos instrumentados, estancias más largas en el hospital, atiende un

⁶² Tampón de prostaglandinas que se pone por vía vaginal para inducir un parto.

ginecólogo, y bueno, está al servicio «hotelero», que es lo que muchas mujeres buscan. Sobre la atención en las clínicas privadas quería matizar que más intervenciones no es igual a mejores resultados obstétricos sino todo lo contrario, como muestra la evidencia científica, es decir, que aunque te hagan muchas más ecografías, te atienda un ginecólogo, tal, al final eso resulta en peores resultados obstétricos porque al fin y al cabo el parto es un evento normal y fisiológico en la vida reproductiva de una mujer.

Y la matrona *Mar* piensa que:

La pública está muchísimo más avanzada, ha ido innovando, sigue cambiando... introduciendo lo que llama más «humanización», y más respeto por las decisiones de la mujer, pero en el privado no, el privado es... puf... totalmente carca, y perdona la expresión. En el privado, quien lo decide es el ginecólogo (se ríe), y bueno... puff... en el privado tienen unas tasas de cesáreas bastante elevadas, diríamos que en el público están en los ratios que se consideran un poco más altos de lo normal pero los que tenemos no son de los más altos de todo el estado... mientras que en la privada sí que hay una tasa muy alta de cesáreas, hay una tasa muy alta de programar los partos a conveniencia de ginecólogos y ginecólogas y los partos fisiológicos casi que brillan por su ausencia, diría que la que tiene un parto fisiológico es que no da tiempo a que se le haga ninguna intervención.

Sin embargo, el ginecólogo *Mickey Mouse* opina que esto ya no es así:

La verdad es que las diferencias cada vez son menos, ya hemos pasado del arquetipo éste de hospital privado obstétrico casposo de cesáreas porque no llegó al fútbol, de cesáreas porque no llegó a los toros... eso, aunque se sigue haciendo en algunos sitios (se ríe), pero hombre, ya eso está empezando a cambiar y hay equipos... por ejemplo el mío funciona como un equipo público, o sea, he desligado totalmente el aspecto económico del aspecto asistencial para evitar este tipo de contaminaciones, con lo cual tenemos una tasa de cesáreas incluso más baja que muchos hospitales públicos, o sea, que yo creo que también en la privada se pueden empezar a hacer cosas bien, siempre desligando el tema económico del tema asistencial.

Para evitar la excesiva instrumentalización —y deshumanización— del proceso del parto, en 2007 se aprobó en España, como ya hemos visto, la *Estrategia de Atención al Parto Normal* en el Sistema Nacional de Salud, una propuesta del Ministerio de Sanidad.

Un parto normal debería ser atendido por matronas, y sería aquel que...

... se inicia espontáneamente, de bajo riesgo al comienzo del parto y que se mantenga como tal hasta su finalización. El/la niño/a nace espontáneamente en presentación cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones (Grupo Trabajo Guía Práctica Clínica atención al parto normal, 2010: 37).

Sin embargo, a día de hoy, según los datos del Sistema Nacional de Salud, el 53 % de los partos se estimulan con oxitocina y en el 42 % se realiza episiotomía. Entre ocho y nueve

partos de cada diez son en posición de litotomía, que resulta mucho más cómoda para el personal sanitario pero no así para la parturienta. Y sólo en un 50 % de los nacimientos se favorece el contacto piel con piel entre madre y bebé.

En cuanto al porcentaje de cesáreas, aunque la OMS aduce que éste debería estar siempre entre el 10 y el 15 %, en España sigue subiendo, rondando en la sanidad pública el 25 % en la actualidad (OSM, 2012). Esto significa que al menos la mitad de las cesáreas que se realizan en España están injustificadas, que hay 50.000 mujeres sometidas a una intervención de cirugía mayor cada año sin ningún motivo médico auténtico. Lo curioso de los datos es que generalmente los porcentajes aumentan drásticamente en las clínicas privadas. Por ejemplo, si tomamos como ejemplo los catorce hospitales privados que atienden partos en la Comunidad Valenciana, en el año 2011, siete superaron el 50 % de cesáreas, llegando el Hospital Levante a un 60,5 % (Generalitat Valenciana, 2012). ¿Quiere esto decir que las mujeres que acuden a la sanidad privada de esa zona de la Comunidad Valenciana tienen el periné menos elástico, dilatan peor, o directamente no son capaces de parir? ¿O tiene más que ver con los protocolos totalmente obsoletos (y también cierto afán pecuniario) de determinadas clínicas privadas?

En la atención de partos en las instituciones privadas, la violencia se ejerce disfrazada de cuidados y prevenciones innecesarias, una patologización que conlleva medicalización e intervenciones quirúrgicas, facturación mediante. Los porcentajes de cesáreas en tales instituciones, por ejemplo, sobrepasan escandalosamente los máximos sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (Fornes, 2014).

Según el *Informe de Gasto Sanitario 2015 del Ministerio de Sanidad y Consumo* (EGSP, 2017), el precio de un parto en un hospital público en España supera los 2.000 euros, pero si hay que hacer una cesárea, la cantidad ronda los 4.000 euros de media. A esto habría que sumarle el coste de la hospitalización, que aunque varía entre las distintas comunidades autónomas, tiene un precio aproximado de 900 euros al día (CSIT, 2012): un ingreso tras un parto sin complicaciones suele ser de un par de días, cuatro si ha habido cesárea. Por lo tanto, el gasto tras un parto sin complicaciones rondaría los 4.000 euros, y la cifra sube si se ha tenido que usar instrumental, y casi se dobla si ha habido que hacer una cesárea. Así, vemos que no sólo los partos naturales son beneficiosos para la salud de la gestante y de su bebé, sino que a nivel económico suponen también una gran ventaja.

GRD ⁶³	Descripción	Peso relativo	Coste
370	Cesárea con complicaciones	0,8567	4.100,59
371	Cesárea sin complicaciones	0,7812	3.739,06
372	Parto con complicaciones	0,4758	2.277,22
373	Parto sin complicaciones	0,4275	2.046,09
374	Parto vaginal con esterilización y/o dilatación más legrado	0,6045	2.893,32
375	Parto vaginal con procedimiento quirúrgico excepto esterilización y/o dilatación más legrado	0,5089	2.435,87
382	Falso trabajo de parto	0,2632	1.259,57
629	Neonato normal, peso al nacer > 2499 gr., sin procedimientos quirúrgicos significativos	0,3770	1.804,47
885	Otros diagnósticos anteparto con complicaciones	0,6368	3.047,74
886	Otros diagnósticos anteparto sin complicaciones	0,4650	2.225,66

Tabla 5.6. Cuánto cuestan los principales procesos relacionados con el embarazo y el parto, sin incluir la hospitalización, que suponen unos 2.000 euros más de media. Fuente: Informe de Gasto Sanitario 2014 del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSSI, 2014).

Indie Matrona, por su lado, cree que no importa tanto que el parto sea en la pública o la privada, sino la vivencia que se tenga sobre el mismo:

Pues mira, yo te diría que hasta hace poco es verdad que he defendido mucho más la sanidad pública porque a nivel de seguridad de la paciente, y a nivel de seguridad del bebé, tiene más medios y tiene más personal, eso es una realidad. Pero también es una realidad que yo cada vez me voy dando más cuenta de que la vivencia que tiene una pareja depende de muchos otros factores, y en muchas ocasiones el hecho de estar en la pública hace que el personal que ya es personal fijo se acomode, entonces... lo que es la seguridad se respeta siempre, lo que es el trato hacia la paciente es verdad que por desgracia se respeta más en la privada... que tampoco significa que por ejemplo una mujer que viene con la idea de un parto respetado en la pública está muy defendido, pero si le toca con una matrona específica que lleva toda la vida trabajando de un modo va a costar que respete tanto lo que está pidiendo esa pareja.

Dentro de la gestión hospitalaria, sobre todo en los centros privados, el aspecto económico es de gran importancia: la salud, según Foucault, no es sino un objeto de consumo.

⁶³ Los GRD, o Grupos Relacionados por el Diagnóstico, son una herramienta de gestión normalizadora, en la que mediante un programa informático, alimentado con los datos de los pacientes dados de alta hospitalaria –el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)–, se puede clasificar a los pacientes en grupos clínicamente similares y con parecido consumo de recursos sanitarios.

La salud, hasta el punto que fue convertida en un objeto a ser consumido, en un producto que puede ser producido por laboratorios farmacéuticos, personal médico, etc., y consumida por otros -gente enferma y potencial-, adquirió importancia económica y fue introducida en el mercado (Foucault, 2003: 115).

Mickey Mouse es ginecólogo y además jefe de servicio de la unidad de ginecología y obstetricia de su hospital, así que conoce muy bien cómo es tener que lidiar con el aspecto económico, y cómo determinadas prácticas salen sencillamente más «rentables» que otras:

Los de arriba me comentan... me están siempre dando el coñazo con el tema económico, pues... es difícil hacer una obstetricia buena, defender unos protocolos buenos, cuando tienes el factor económico tan encima, ¿no? Entonces, bueno, me cuesta alguna que otra bronca (se ríe), pero bueno, realmente yo creo que lo estoy consiguiendo hasta que me echen (se ríe), ¿sabes? Pero bueno, el principal problema es ése, el hacerlo en obstetricia bueno, bonito y barato es complicado, entonces... el tener una paciente respetando los tiempos de inducción y demás, pues eso al hospital no le sale tan rentable como el hacer una cesárea a las dos horas del ingreso, entonces hay que... en mi caso tengo que intentar conseguir que desde arriba vean bien que aplicando los criterios actuales se consigue una calidad en la obstetricia y eso va a atraer más pacientes, con lo cual compenso a lo mejor la aparente falta de beneficio inicial con el aumento de beneficio porque vienen más pacientes, ¿no?

Me explicó cómo pagan las aseguradoras, en términos de *forfaits*⁶⁴:

Fíjate, por ejemplo, las cirugías, los partos y las cesáreas... las compañías pagan un *forfait*. Por ejemplo, en cesárea, te pagan cinco días de hospital desde que la paciente ingresa. Entonces, si es una cesárea programada y a la paciente la mandas a casa en tres días, el hospital se ha ahorrado dos días, o sea, ha ganado dos días, pero si ha sido una cesárea tras una inducción de parto que nos ha llevado dos, tres días, según el protocolo, y luego la paciente se queda cinco días, pues ya son siete días, con lo cual hay dos días que el hospital se tiene que comer... y entonces, claro, eso es lo que no gusta, por ejemplo, les gustan altas precoces y procesos cortos, pero claro, ya lo dice el dicho, «ni los molinos andan sin viento ni las mujeres paren sin tiempo», entonces, claro, el problema es que las mujeres pueden tardar mucho en parir si respetas los tiempos, y es más, si estás luchando por un parto vaginal te puede llevar a veces un buen tiempo, y claro, eso va en contra de esa política de *forfaits* de las compañías. Entonces... por un parto la compañía te da un *forfait* de 48 horas, entonces si tardas más de esas 48 horas el hospital se está comiendo el dinero de ese *forfait*, ¿no? Entonces, claro, ése es el eterno problema que hay, que las compañías tienen unos *forfaits* un poco estrechos, un poco escuálidos, y una obstetricia en condiciones necesita su tiempo.

⁶⁴ Paquete, abono, o precio global acordado, dentro de la relación de una compañía de seguros con un centro hospitalario.

Yogui, igualmente ginecóloga de un hospital privado, cuenta lo complicado que resulta a veces lidiar con las aseguradoras:

Y relacionados con las sociedades... bueno, pues algunos procedimientos que las sociedades no los cubren y entonces o la paciente los tiene que pagar o... bueno... pues directamente no los cobras, porque consideras que es un servicio que le tienes que dar a la paciente, que hay un poco que luchar con estas cosas... Esto en la privada, claro, en la seguridad social esto no es planteable, porque las cosas que se hacen la gente no tiene en cuenta de si cuestan más, cuestan menos... y entran dentro de las cobertura o no.

Matrona Empoderada trabaja en la sanidad pública y explica cómo los **recortes** han afectado enormemente a la calidad de la asistencia:

Hay cosas que no se basan en recomendaciones sino en tradiciones y porque siempre ha sido así, probablemente tenga que ver con que hay que mantener una consulta para cierta persona... bueno, otros intereses, ¿no? Pero... bueno... ésta es mi visión, no sé si... En el seguimiento del embarazo en la pública, supuestamente participamos más las matronas, ha habido muchísimos recortes en los últimos años, de jubilarse personal y esa plaza suplirla como se puede entre varias matronas de forma que las mujeres no tienen acceso a su matrona muchas veces, o tienen una larga lista de espera, o en un centro de salud la matrona sólo va un día, entonces... bueno... no es lo ideal.

Mar, matrona, nombra la **presión asistencial** dentro de la atención obstétrica, a pesar de no contar con suficiente plantilla:

Lo que menos me gusta... algunos resultados a consecuencia de imponer unos protocolos en contra de la voluntad de las mujeres. Trabajar con una gran presión asistencial que deja poco espacio para los grupos y en general para hacer una buena educación sanitaria y promoción de la salud. Hacemos lo que podemos, pero necesitamos un aumento de plantilla.

En efecto, la crisis económica ha afectado enormemente a la sanidad pública, produciendo reducciones de plantilla y peor calidad asistencial. Desde el año 2012, tras aparecer el Real Decreto (30 de diciembre del 2011) donde se congelaban las ofertas de empleo público, quitando un 10 % de reposición en sanidad, de cada diez empleados que se jubilan, fallecen o se dan de baja, sólo se repone uno. De ese modo, las plantillas se precarizan y la atención se resiente: mayores tiempos de espera, menos minutos para las consultas, restricciones en material y tratamientos... La presión asistencial resulta muchas veces insufrible para los profesionales. El gasto sanitario se recortó en 9.600 millones de 2009 a 2014, afectando sobre todo a la inversión, al empleo y a los salarios, y reduciéndose la plantilla sanitaria en 14.000 personas (Julbe, 2016).

Año	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013(P)	2014(P)
Administración Central	1,34	1,51	1,37	1,33	1,47	1,49	1,39	1,73	1,31	1,22	1,13	1,13	0,94
Sistema de Seguridad Social	3,45	3,15	3,15	3,14	3,17	3,01	2,72	2,3	2,44	2,37	2,24	2,34	2,4
Mutualidades de funcionarios	3,66	3,58	3,53	3,36	3,18	3,08	2,95	2,91	2,99	3,06	3,27	3,45	3,41
Comunidades Autónomas	89,62	89,79	90,08	90,35	90,42	90,64	91,21	91,25	91,81	92	92,14	91,95	92,57
Corporaciones locales	1,93	1,97	1,87	1,82	1,76	1,79	1,73	1,81	1,45	1,34	1,23	1,12	1,06

Tabla 5.7. Distribución del gasto en la sanidad pública años 2002-2014

(Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público).

A/ dejó de trabajar como matrón en atención primaria por no poder tratar a las mujeres con tiempo y como es debido:

Eso y, por ejemplo, en atención primaria, la falta de tiempo, tú no puedes a una mujer que está embarazada hacerle ver lo bonito que es estar embarazada, eliminar sus miedos, o intentar que lo lleve lo mejor posible, si tienes diez minutos o un cuarto de hora para llenar la cartilla, para llenar el ordenador, para pedir analíticas, para pesarla... al final eres un robot, que lo que haces es llenar cosas, mirar ordenador, mirar cartilla, y no te da tiempo ni a tratar con la mujer como es debido... por eso me desvinculé de la pública.

En cuanto a lo que se paga por un parto, en un estudio realizado en un hospital universitario de Barcelona (Comas *et al.*, 2011), se analizó que los precios de los partos rondaban por:

Parto (precio de media)	4.238 euros
Cesárea	5.815 euros
Parto vaginal instrumental	4.064 euros
Parto vaginal no instrumental	3.682 euros
Admisión en neonatología	De 420 a 1.951 euros

Tabla 5.8. Precios de los partos en la sanidad pública.

Los precios en las clínicas privadas son mucho más altos⁶⁵, más variables, y en determinadas clínicas privadas los índices de cesáreas resultan alarmantemente altos⁶⁶.

⁶⁵ Por ejemplo, en la clínica Dexeus, un parto vaginal cuesta en torno a 5.665 euros y una cesárea 7.880, estos precios están en la página web de la clínica Dexeus, a enero 2018: <http://www.dexeus.com/embarazo/parto/precios>

⁶⁶ Como ya vimos anteriormente, si tomamos como ejemplo los catorce hospitales privados que atienden partos en la Comunidad Valenciana, en el año 2011, siete superaron el 50 % de cesáreas, llegando el Hospital Levante a un 60,5 % (Generalitat Valenciana, 2012).

5.5.2. Matronas y ginecólogos

En el proceso de seguimiento del embarazo y el parto en hospitales, básicamente, intervienen los siguientes profesionales:

- **Matronas (comadronas).** Son quienes se encargan de realizar los reconocimientos de rutina a lo largo del embarazo (pesar, medir, dar recomendaciones generales, solicitar analíticas, impartir cursos de preparación al parto, etc.) y quienes atienden en un primer momento el parto (e incluso todo él, en los hospitales públicos, si éste no tiene complicaciones). Se trata de una especialidad obstétrico-ginecológica dentro de la carrera de enfermería. En el año 2005, el Consejo Internacional de Matronas aprobó la siguiente definición sobre éstas:

La matrona está reconocida como un profesional responsable que rinde cuentas y trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo, cuidados y consejos necesarios durante el embarazo, parto y puerperio; dirigir los nacimientos es responsabilidad de la matrona, así como proporcionar cuidados al neonato y al lactante. (...) La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de las mujeres, la salud sexual o reproductiva y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud (CIM, 2005).

- **Ginecólogo obstetra.** Médico especializado en la salud de la mujer, el obstetra es además el especialista en embarazos y partos. Si el parto avanza correctamente, su presencia no es siempre necesaria, ya que la matrona está perfectamente capacitada para atenderlo sola.
- **Anestesista.** Si se requiere el uso de epidural, o de anestesia general en determinados casos, el anestesista será el único que pueda ponerla. Generalmente no estará en el paritorio más que en el momento de aplicarla, o también puede desplazarse a la mujer a otra sala para aplicarle ahí la anestesia.
- **Equipo de enfermería.** El equipo se compone de enfermeros y auxiliares, e incluso de celadores para realizar los traslados de la gestante de un lugar a otro.

- **Pediatra.** Será el médico encargado de realizar la primera revisión al bebé cuando éste nazca y de comprobar sus valores Apgar y su estado de salud general.
- Ocasionalmente, además, puede haber **estudiantes** de enfermería y/o medicina presentes en el parto, evidentemente las parturientas deberían poder negarse a ello.

¿Cuál es la diferencia real entre los distintos profesionales? En la sanidad pública, las matronas son las encargadas de los partos normales, mientras que los ginecólogos únicamente estarían por si existiese alguna complicación. En la sanidad privada, sin embargo, y salvo excepciones, los ginecólogos llevan todo el proceso, quedando las matronas relegadas más bien a algo así como «enfermeras obstétricas».

Luna es matrona y explica que:

Pues básicamente la matrona es la especialista en normalidad y los ginecólogos son médicos especialistas en patología obstétrica y ginecológica. Es decir, como matronas promovemos la normalidad de los embarazos y los partos, y los ginecólogos tienen un trabajo completamente opuesto. Además las comadronas suelen ser más próximas a las mujeres y enfocan su trabajo de forma más holística y abarcando aspectos más emocionales de la mujer además del aspecto físico y terapéutico.

GINECÓLOGOS	MATRONAS
Son especialistas en: patologías de los órganos reproductivos de la mujer. Proceso quirúrgico o intervención en dichas patologías.	Son especialistas en: fisiología de todos los momentos reproductivos de las mujeres. Atención emocional y acompañamiento.
Formación orientada a: intervenir para solucionar problemas.	Formación orientada a: preservar la normalidad del parto y prestar apoyo a la madre.
Medidas: suelen ser invasivas y conllevan riesgos que hacen necesario valorar cuidadosamente la relación riesgo/beneficio.	Medidas: suelen ser sencillas y no invasivas para solucionar los problemas que puedan presentarse.
Tipo de trabajo: más especializado, se concentra en determinados aspectos de la salud de la mujer.	Tipo de trabajo: más global de la salud de la mujer (sexualidad, embarazo, lactancia, menopausia)...

Tabla 5.9. Diferencias principales entre ginecólogos y matronas
(Fernández Guillén, 2009).

Es decir, como comenta el matrón Al:

Yo como matrón estoy encargado... estoy intentando que un proceso que es fisiológico sea lo más satisfactorio posible. E intentamos que ese proceso se mantenga dentro de la fisiología el máximo tiempo posible, y si puede ser, todo el proceso. El trabajo de los ginecólogos es, y debería ser, vigilar que no aparezca la patología o actuar cuando aparezca la patología. ¡Pero no volver patológico un proceso!

Algunas matronas refieren **ciertas discrepancias** entre las matronas de atención primaria (centros de salud) y las de la atención hospitalaria, lo que puede suponer una tensión entre ambos equipos. Por ejemplo, *Covicheira*, matrona, expone que:

Es cierto que sí que puede haber cosas a veces, «no, claro, desde primaria se cuentan unas cosas que luego no se pueden hacer»... bueno, que no se pueden hacer... sí que se pueden hacer, dependiendo de quién reciba en el hospital, de hecho hay muchas matronas que atienden partos en el hospital que respetan las posturas de las mujeres, que respetan la movilidad, que hacen el contacto piel con piel, que favorecen la lactancia... entonces, yo creo que eso va cambiando ya, y yo lo que vivo ahora mismo en mi área, que evidentemente es un lugar reducido, es que eso va mejorando. Ya no suena tan a cuento chino...” porque es que la matrona me dijo que es que podía ponerme así de pie, o podía ponerme sentada, o en la pelota o tal” ...

Deiviz es matrón en un hospital y habla de una...

... lucha que hay entre determinadas matronas de atención primaria y la de especializado, creo que ahora mismo hay muchos planes de parto que nos llegan que son para darnos en los morros a las del hospital, que es como «no trabajáis bien, intentad hacer esto», y creo que es una manipulación de la mujer, porque hay muchas cosas que pide la mujer en esos planes de parto que realmente ella, cuando yo lo he hablado después, no sabía ni lo que estaba pidiendo.

Deiviz también expone que en su hospital los planes de parto molestan porque se piensa que vienen «manipulados» por esas matronas de atención primaria:

Viene todo de ahí, de primaria, y viene especialmente de unas cuantas matronas que conocemos. Ponen en contra a esas mujeres de nosotros. A mí nunca me ha llegado un plan de parto personalizado; había uno que se bajaban de la web de El Parto es Nuestro pero está basado también en el del ministerio, o sea que... así uno, que ella lo haya redactado... ninguno. Los planes de parto molestan. Molestan porque... pero molestan por lo que te digo, de si está la opinión de otro profesional por detrás, no porque la mujer pida eso... Porque a mí las mujeres que, sin plan de parto o con plan de parto, me da igual, me dice «yo quiero estar de pie», jvale, yo quiero que tú estés a gusto, es que a mí me da igual si estás de pie como si estás tumbada, me es indiferente! O «yo no quiero ponerme la epidural», ipues no te la pongas! Es que no es una decisión mía, yo

estoy aquí para vigilarte y acompañarte, no es decisión mía... Me molesta más eso, que se huela por detrás la opinión de otro profesional.

Mar es matrona desde hace 33 años y admite que existe cierta descoordinación:

Una de las mayores dificultades que tenemos es una descoordinación entre la atención hospitalaria y la primaria, no hay *feedback*, entonces muchas veces nos enteramos de los cambios que se producen en el hospital, bueno, más que muchas veces, la gran mayoría de veces, nos enteramos por las mismas mujeres, o sea, no... lo hemos intentado, somos el grupo de comadronas del sector en el que yo trabajo nos reunimos una vez cada mes, hemos intentado reunirnos con el hospital, de vez en cuando se consigue exponiendo pues todas estas dificultades que tenemos por falta de coordinación, ¿no? Entonces... es muy difícil que... casi siempre nos dicen que sí, como muy buena predisposición, pero a la hora de la verdad nunca se llega a hacer nada.

Está demostrado a partir de múltiples estudios (revisión de 15 estudios, más de 17.000 mujeres estudiadas) de alta calidad (Grade) Cochrane (Sandall *et al.*, 2013) que las matronas ejercen **muchas menos intervenciones**, por lo que las mujeres que son atendidas en sus partos por matronas tienen menos probabilidades de necesitar una intervención y más probabilidades de quedar satisfechas con la atención recibida. Como comenta el matrón *Al*,

En general las matronas intervienen muchísimo menos, y está demostrado que cuando es la matrona la que atiende un parto de bajo riesgo, los partos van mejor.

El matrón *Jjj* cuenta que la clave está en intervenir lo mínimo:

Aprendí con el libro del Dr. Botella Llusiá que «en obstetricia todo lo que no está indicado está contraindicado» esto significa que «... vamos a intentar hacer esto», o la simple aplicación de protocolos, actuar por estándares, cuando cada mujer y cada bebé son únicos, interfiere la correcta y natural dinámica del parto y del nacimiento.

Las madres suelen percibir a las matronas como más accesibles que a los ginecólogos, como dice *Cumbia*:

La matrona la recuerdo más cercana que cuando iba a las consultas del ginecólogo. Y la matrona al final sí te preguntaba por tu vida personal, un poco más atenta a cómo te encuentras emocionalmente, que eso yo creo que es muy importante. Por ejemplo, sí recuerdo una anécdota, en el segundo: yo tenía mucho miedo a que fueran mellizos, o gemelos, porque tenía antecedentes, mi abuela había tenido trillizos. Y entonces yo en el primero me daba igual, digo «bueno, pues si vienen dos, que vengan dos», pero en el segundo, claro... Y entonces comenté al ginecólogo, cuando me dijeron que era solamente un feto, la primera ecografía que te hacen, dije «ay, pues, bueno, al final uno, fíjate, menos mal», dice «es que todas tenéis esa preocupación» (voz borde), y parece

como que me echó la bronca, me regañó, «oye, perdona, es que tengo a mi abuela...», lo que me parece mal es que en la primera consulta no te hayan preguntado ni siquiera cosas básicas como antecedentes, que te hagan a ti también... porque te cuesta mucho a lo mejor transmitir inquietudes, y una de mis inquietudes era ésa, pues hombre, tampoco me parece que esté de más, creo que las consultas no son muy largas, pero hay tiempo. Hay tiempo para hacer esas preguntas. Y entonces yo ahí no veo un acompañamiento en general, no se paran a preguntar.

Ángela destaca la **importancia de la cercanía**, cómo las matronas escuchaban más a las mujeres (sus deseos, dudas, miedos, etc.), y cómo es importante que se respeten sus decisiones y se las trate como adultas responsables. *Nausicaa* habla también de **calidad humana**. *Alexia* también piensa que las matronas son más **acogedoras**:

Las matronas en general muy bien, normalmente son majas, son bastante cariñosas. [...] Sí, dan un trato más acogedor, digamos, tú tienes miedo, estás más nerviosa, y son más cariñosas, digamos, más atentas normalmente.

Amanda conoció a un grupo de matronas estupendo, que se había formado en Inglaterra, y finalmente decidió parir con ellas:

Ella me propuso que fuera al hospital donde ella estaba trabajando, se había ido de Londres y se había mudado expresamente a Reus siendo de Barcelona para trabajar en ese centro. Y todas las matronas de ese centro tenían también esa formación, habían llegado a acuerdos con el equipo de ginecología con el cual ellas tenían el mando del parto y los ginecólogos sólo entraban si había que intervenir quirúrgicamente, con lo cual el embarazo lo empecé a llevar en paralelo en Barcelona y en el otro hospital con ellas. Y ellas eran unas divinas, súper dulces...

[...] Entonces, yo a este grupo de matronas yo las vi orgullosas, dedicadas, súper maternales, incluso la hermana de esta amiga que te digo que había venido de Inglaterra y que me había insistido para que fuera con ellas, cuando le dije que entraba en el hospital, le cambió el turno a una compañera para estar ella, o sea, ahí ya tuve con... con todo el miedo que venía, de la primera cesárea y tal, ahí tuve como... eso está súper bueno.

De hecho, muchas matronas españolas deciden formarse en Inglaterra, porque su visión del parto es muy fisiológica, como fue el caso de *Luna*:

De hecho, por ejemplo, comparando con Inglaterra... pues en Inglaterra sería impensable que un obstetra atendiera un parto normal. Nunca. O sea... allí el parto es de la matrona, siempre, y a no ser que la matrona pida que entre un ginecólogo, allí no entra nadie. Aquí... pues... bueno... muchas veces las matronas son poco valoradas y son más consideradas enfermeras obstétricas y que obedecen órdenes del señor obstetra y el obstetra pues es quien manda, ¿no? Allí, en Inglaterra, pues... por el contrario, cada una tiene su función muy bien explicada, cada uno tiene su papel, las matronas en los partos normales, los ginecólogos en los partos con dificultades.

Luna explica que una de las claves es que los protocolos, en Inglaterra, los deciden conjuntamente matronas y ginecólogos:

Allí los hacen matronas y ginecólogos, un equipo de matronas y ginecólogos, pues van actualizando los protocolos según la evidencia científica que va apareciendo, pero son equipos multidisciplinares.

A *CrisVR* una amiga que vivía en Inglaterra le contó su parto y éste fue totalmente diferente:

Es que yo noto un desfase alucinante... La chica ésta nos decía que allí ella jamás había estado en la cama, que ella había parido de cuclillas, que le habían estado ayudando, que había incluso unas barras para apoyarse, para ponerte como te diera la gana, todo...

Muchas matronas desearían que ese modelo asistencial fuera así en España, como *Jj:*

Necesitamos unidades de parto natural (me cuesta llamarlo así en un hospital) atendidas por comadronas, donde los médicos tengan limitado el acceso salvo que sean llamados por algo concreto.

Existe mucha tensión, en demasiadas ocasiones, entre la figura de la matrona y la del obstetra, como veremos en el siguiente apartado. A *Nessi*, de hecho, le preguntaron si quería ser atendida por un ginecólogo, pero ella es una firme defensora de la figura de las matronas:

Me preguntaron, si como era yo médico, quería que me atendiera un ginecólogo, y yo dije que no, porque prefería que me atendieran las matronas, que en partos normales las matronas son las jefas. También está demostrado que los ginecólogos hacen más intervenciones, y yo no quería intervención.

Matrona Empoderada dice que no es oro todo lo que reluce:

También hay una parte del colectivo de matronas, aunque cada vez menos, que dificultan mucho una atención más acorde a la filosofía de nuestra profesión, pero bueno, son las menos, y suelen ser más mayores, y con otra filosofía, formadas de otra manera, y probablemente ellas sufrieron también mucho trabajando en un hospital de una manera jerárquica, en la que no se valora nada tu trabajo... probablemente les haya afectado a ellas también y es un poco... no sé... es un mecanismo de defensa para autoprotegerse ellas mismas.

El matrón *Al* cuenta que quizás esas matronas más intervencionistas lo hacen por adaptación al entorno:

Y muchas de ellas realizan más intervenciones de las que se debería, pero es una cosa que también está condicionada por el sitio en el que trabajas, por los ginecólogos que tienes detrás, muchas veces, o te adaptas o te amargas la vida trabajando en un hospital en el que suelen ser intervencionistas. Pfff... Es una

cuestión de supervivencia, y yo no me quiero meter con nadie que trabaje en un hospital así, porque al final tienes que adaptarte un poco. Si no, no vives. Y es normal.

Indie Matrona destaca que además las matronas pelean por un parto fisiológico, pelean por las mujeres:

Y nos peleamos [las matronas] por la mujer. No todas, o sea, esto hay de todo, pero vamos, que... llega un momento en el que las que llevan muchos años se cansan, peleando con los ginecólogos para defender que no haya presión, que respeten el trabajo que estamos haciendo, y que llega un momento en el que tiran la toalla, y yo lo entiendo, porque son muchos años de... a ver, yo llevo treinta años haciendo partos y entonces hago esto trece veces mejor que tú, y me estás dando tú a mí órdenes que no tienen sentido y que no apoyo, entonces es una pena que no tengamos más espacio ahí.

Indie Matrona trabaja ahora mismo en la sanidad privada, y expone que en algunos hospitales privados están cambiando las cosas, pero éstos aún son minoría, por lo que está muy cansada del abuso de poder que algunos ginecólogos ejercen:

Yo cada vez me voy dando más cuenta de que cuanto menos intervenimos más fácil es un parto, te da igual que sea en la pública que sea en la privada, entonces también es cierto que la dinámica que hay o que ha habido hasta hace poco en la mayoría de los privados es de «soy la ginecóloga de esta paciente, dirígeme el parto para que dé a luz entre esta hora y esta hora», ya me desahogo, porque es muy estresante para nosotras como matronas que estás llevando una dilatación y tienes que apresurar esa dilatación o apresurar para que coincida con lo que necesita el ginecólogo, de horario. Entonces... eso es una pena. ¿Qué está pasando? Pues que hay algunos hospitales que sí se han dado cuenta, y algunos, pero muy pocos, como tres privados grandes, que están intentando adaptarse a ellos, y que sean las matronas las que hagamos el parto, porque en el público lo hacemos nosotras y es por eso que no hay tanta presión, porque al final estás doce horas de guardia, viene la siguiente, te va a relevar, entonces ya no tenemos esa presión y les dejas mucho más margen a las mujeres para dilatar.

Además añade que no es posible un parto humanizado al que se le meta prisa, así como que es una lástima que no se tenga más en cuenta el aspecto emocional:

Pues sinceramente, [creo que tiene que cambiar] la mentalidad del 80 o 70 por ciento de los ginecólogos. Porque es que al final todos terminan un poco igual, lo que quieren es que termine el parto y que nazca el bebé, punto, entonces se olvidan de todo lo que es la experiencia de los padres, entonces la presión que tenemos las matronas mayor es ésta, es que tienes los ginecólogos con unas ganas de que la cosa vaya rápido, y por otro lado te están metiendo la presión de que «que sea muy humanizado», ¡pero por otro lado que sea rápido! A ver, eso es incongruente, no puedes defender las dos cosas a la vez, entonces hay ginecólogos que llevan toda la vida trabajando de un modo y ya no van a cambiar, entonces tenemos que asumirlo como matronas e intentar que la

vivencia de la madre sea positiva a pesar de... ya te digo, a pesar de lo que les hagamos.

Matrona Empoderada llora al pensar en esos abusos de poder por parte de algunos ginecólogos:

Lo que menos [me gusta], esas situaciones de falta de respeto, y de falta de valoración de mi trabajo (se pone a llorar), o sea, es como que lo que tú haces no importa.

Dado que hoy por hoy existe un vacío en el tema obstétrico que no es posible llenar, porque como hemos visto, en pocos entornos hospitalarios se respetan los tiempos naturales del parto, permitiendo que éste se desarrolle de un modo totalmente natural, es lógico que en este contexto surjan nuevas profesiones, o más bien, resurjan versiones actualizadas de profesiones que en su día existieron y que con la apropiación androcéntrica y biomédica de los procesos obstétricos desaparecieron poco a poco.

- **Matronas y ginecólogos a domicilio.** Destinados a quienes desean dar a luz en su casa, pero sin prescindir de la asistencia médica por si surgiera cualquier complicación. Se trata de profesionales muchas veces formados fuera (por ejemplo, como acabamos de decir, la mayoría de matronas de este tipo de servicios se forma en Inglaterra, donde el parto en casa es una opción totalmente normalizada), respetuosos de los ritmos del parto y que únicamente intervendrán en los casos realmente necesarios. Disponen del material necesario para la asistencia al parto y para pesar al bebé, muchas veces le realizan también el primer reconocimiento a éste, incluida la prueba del talón⁶⁷. Suelen visitar a la madre al día siguiente de haber dado a luz, y unos días después. Atienden partos en embarazos normales, y su precio oscila entre los 1.500 y los 4.000 euros. No están cubiertos por la Seguridad Social, aunque algunos seguros privados sí reembolsan parte.
- **Doulas.** Aunque mucha gente las confunde con las matronas, su función es bien diferente. El término originariamente significa «esclava» en griego, pero ha derivado su significado a mujeres que acompañan a las madres en el momento

⁶⁷ Prueba de detección de enfermedades que se realiza en los recién nacidos extrayendo una pequeña muestra de sangre de su talón.

del parto y el postparto, ofreciéndoles apoyo, ayuda emocional y empoderamiento. Su figura suple una carencia en Occidente, donde no existen redes fuertes de mujeres que se apoyen unas a otras. En Escandinavia, se trata de una profesión regulada, pero en España aún no, por lo que las tarifas dependen de cada una.

- **Asesoras de lactancia.** De nuevo, a causa de vivir tan alejadas de nuestra naturaleza, y al estar además en una sociedad donde no se apoya la lactancia materna⁶⁸, las asesoras de lactancia son una ayuda inestimable para quienes desean dar el pecho. Formadas de distintas maneras, existe sin embargo un título oficial que generalmente sólo obtiene el personal sanitario, llamado IBCLC (*International Board Certified Lactation Consultant*, Consultora Acreditada de Lactancia Materna), reconocido a nivel internacional aunque en España tampoco se contempla dentro de la Seguridad Social, por lo que quienes deseen una consulta con la IBCLC tendrán que costearla por lo privado. Sin embargo, los grupos de lactancia sí son gratuitos, y muchas madres primerizas acuden a ellos para resolver sus dudas, y sobre todo para socializar y compartir sus alegrías y tristezas con otras madres, recuperando esas redes, esa sororidad.
- **Salus.** Personal con formación sanitaria (enfermeras, matronas) que ofrece sus servicios para ayudar en esos primeros días y para enseñar a los padres primerizos a bañar a los bebés, con la lactancia, etc. Suelen ser sobre todo útiles en madres que han pasado por una cesárea, por ejemplo, y están convalecientes.
- **Otras asesoras.** De porteo, de masaje infantil, de yoga con bebés... Hay muchas maneras de aprender cosas nuevas y herramientas estupendas para lograr un vínculo fuerte y sano con el bebé, y sobre todo para recuperar el cuerpo que nos fue arrebatado.

⁶⁸ La lactancia materna no produce beneficios para las farmacéuticas. Hay mucho desconocimiento por parte incluso de los propios médicos de cómo funciona, y por supuesto, la sociedad patriarcal desea tener a «sus» hembras siempre disponibles, por lo que los pechos son vistos como algo erótico, no como algo maternante, de ahí que se censure duramente a algunas madres que dan el pecho en público pero no a mujeres que se descubren para satisfacer las miradas eróticas de los varones, por ejemplo.

5.5.3. Jerarquías del personal sanitario

Las jerarquías del personal sanitario no siempre se encuentran bien delimitadas. A pesar de que matronas y ginecólogos son profesionales diferentes, cada uno con su cometido (las matronas para los partos fisiológicos y los ginecólogos para los patológicos), muchas veces las competencias se desdibujan. Según la Directiva 2005/36, las matronas serían profesionales autónomas, plenamente capacitadas para atender solas los partos normales, y sin embargo muchas veces esto no se respeta.

Así pues, si es propio del trabajo de las comadronas «atender el parto normal» y «reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico», el hecho de que los ginecólogos dicten órdenes a las comadronas sobre cómo atender los partos normales y supervisen su trabajo o de cualquier otra forma dirijan la atención que éstas prestan a las mujeres a su cargo no puede considerarse más que una intromisión en las competencias propias de este colectivo profesional. Si sabemos, además, que esta dirección por parte de los ginecólogos hace que aumente el número de intervenciones sin mejorar los resultados materno-infantiles, estamos actuando a la vez en contra de la evidencia científica, el derecho al ejercicio de su profesión «con plena autonomía técnica y científica» que todos los profesionales sanitarios tienen reconocido legalmente, y de principios básicos del ordenamiento jurídico sanitario como el de hacer un uso racional de los recursos y evitar su sobreutilización o utilización inadecuada (Fernández Guillén, 2013: 4).

Por ejemplo, el matrón *Jji* comenta que:

En mi experiencia hospitalaria lo que más se reflejaba eran las injerencias de los otros profesionales (ginecólogos) como figuras de autoridad en lugar de colaboración. Esas órdenes que entraban en contradicción con tu percepción del momento.

Covicheira es matrona y habla sobre los residentes de ginecología y las patologizaciones «didácticas», para que éstos aprendan:

En otros casos, que la verdad es que son la mayoría, los médicos pues vienen, van, ponen medicación o no, exploran a mayores a las mujeres, cuando de entrada si es un parto normal no deberían de hacerlo, ¿no?, sería la matrona. Y luego otro punto con el que nos encontramos es que en los hospitales, en la mayoría de ellos, al menos en los medianamente grandes, existen residentes, hay formación, entonces, claro, el residente de ginecología también tiene que atender partos normales, y el residente de ginecología las dudas se las pregunta a su adjunto ginecólogo, aunque estemos en cooperación y aunque trabajemos juntos y demás... entonces en muchas ocasiones también hay partos que acaban de forma normal que son atendidos por ginecólogos o por residentes de ginecología, así que eso... no, bien delimitado no está.



Figura 5.11. Jerarquía hospitalaria del área de obstetricia (simplificación, elaboración propia).

Luna es matrona, y opina que:

No, aquí las competencias no están bien delimitadas, de hecho las matronas no se creen sus propias competencias y los obstetras aprovechan esta falta de autonomía en las matronas y de que se lo crean para hacer mucha... mucho intrusismo por su parte en los partos normales.

Podríamos ver un hospital casi como si se tratara de una jerarquía militar, y en el último escalafón estarían los «civiles» (en este caso, los pacientes). Civita cree que los pacientes son siempre los últimos en el escalafón:

Si tú vas con una matrona como la primera que me atendió a mí nada más entrar, que me dijo así de malas maneras que qué es lo quería y que tal, a esa le doy un papel y lo mismo hasta me atiende peor, por yo decirla cómo tiene que hacer su trabajo, porque yo creo que en este país somos un poco así, porque si alguien que es inferior a ti te dice cómo tienes que hacer tu trabajo, pues te sienta mal.

Chos piensa que en los hospitales existen unas jerarquías enormes:

En el momento es que nos metemos en un hospital, para la gente ya es una enfermedad, entonces necesitan una intervención, cuanta más intervención es que mejor se han portado los doctores, creo que eso por un lado. Y luego, por otro lado, creo que además hay una sensación de inferioridad de la población en general hacia los sanitarios, entonces uno tiene que estar agradecido, ellos son los buenos, y además tengo a mi niño en casa, y está bien, y fue gracias a ellos, nunca piensan que de todas formas hubiera nacido bien porque lo pare ella, siempre piensan que es gracias a ellos, así que hay un rollo también de inferioridad y de reconocimiento de autoridad fruto de la educación, que está todo relacionado, que nos enseñan a obedecer, y es un motivo, uno más, de la obediencia: ser buenos pacientes, y en el mundo totalmente cerrado y hermético como es el de los sanitarios, que hay unas jerarquías bestiales entre ellos

Ángela también resalta estas jerarquías, donde parecería que siempre hay que esperar a la orden del superior:

Porque como hay una jerarquía clara ahí entre enfermera-médica, algunas veces la enfermera te decía algo, pero luego «hay que esperar a ver qué dice el señor doctor, o la señora doctora», entonces en general recuerdo con más cariño y más gratitud a las enfermeras, o al personal de enfermería, que al personal médico como tal; el trato, por lo menos el trato humano, siempre mejor las enfermeras que los médicos, los médicos siempre más estirados, más... más fríos.

[...] Me entendió, «yo te entiendo, tal, pero yo soy aquí la residente, la matrona jefa es la que manda», pero ella se portó muy bien, hizo su trabajo muy bien, por lo menos desde mi punto de vista, fue muy cariñosa, me escuchó, la sensación de ser escuchada y de que tiene en cuenta tu opinión aunque luego no fue como yo hubiera soñado, pero.... Muy bien. La matrona jefa, que apareció después, cuando ya estábamos en el expulsivo, mucho más fría, mucho más ordeno y mando, y bueno... yo pensé que se me iba a subir encima a apretar y todo, esas cosas que me horrorizaban.

Clara habla de que los médicos están endiosados por la población:

Creo que la gente tiene esta tendencia a endiosar a la profesión médica y al médico en sus funciones, equivocarse es... se justifica simplemente por el hecho de ser médico. Es por eso que creo que la gente no puede entender que un médico se pueda pasar en sus funciones, ¿no? También creo que esto tampoco es un término que se habla en general en el propio ambiente médico, los médicos no admiten, no sé... como que no creo que esté institucionalizado por así decirlo en el entrenamiento médico, esto. Tampoco creo que el hospital

tenga como protocolo el ejercer violencia o a gente, ¿no? Entonces no es general sanitario, es una cosa que es individual, de la persona que te atiende, el propio hospital podría hablar de esto: «mira, no has hecho esto, no has hecho lo otro», «nosotros hemos indicado que los empleados tienen que hacer estas cosas», pero... no sé. Ésa es mi opinión, vamos.

Civita siente que es como si hubiera que venerar a los médicos:

Por ejemplo cuando venía el médico, pues parecía que era una ceremonia, parecía que había que hacerle la ola, y usted, y por favor, y juuuuh!, como que los médicos a mí me daba la sensación que ellos eran doctores y que tú eras una mierda que estabas ahí plantada, y que te tocaba pues bajarte las bragas, ponerte no sé qué, «¡pero venga, pero venga!», bueno, chico, relájate, porque tú tendrás que ver a ochocientos pacientes, pero somos personas.

Tubert (1996: 7) define a la clase médica igualmente como fuertemente jerarquizada, como: «una profesión organizada a la manera del clero e investida, en lo que ataña a la salud y al cuerpo, de poderes similares a los que aquél ejerce sobre las almas».

Savannah es ginecóloga y cree que los médicos tienen mucho ego:

Sí... sobre todo cuanto más grande sea el centro, creo que más conflicto hay, sí, sobre todo en el área médica, que me parece que hay mucho ego (se ríe), hay bastante conflicto de eso, de que la gente no sabe muy bien qué le toca hacer y qué no y cuándo delegar y cuándo intervenir.

Andrómeda compara a algunos ginecólogos con directores de una empresa:

Da la sensación de que ahora hacerlo natural es como la moda, o sea, es como lo de la lactancia, no veo una interiorización y una... en algunas matronas que he conocido sí, pero creo que es como que si ellas por su cuenta se lo curran y de manera personal les interesa desarrollar esa sensibilidad o esa manera de hacer, lo hacen, pero no está constitucionalizado. Y sobre todo los ginecólogos, vamos, los ginecólogos siguen endiosados, y sobre todo los hombres, o sea, yo vi en los hombres en plan como de... pfff... no sé... Como si hablaras con un director general de alguna super empresa, ¿sabes? Que era como... no sé...

Indie Matrona opina que hasta las torres más altas acaban cayendo:

El respetar el trabajo del otro para mí es imprescindible, entonces cuando te endiosas tienes que tener cuidado porque luego puedes caer fácil también, entonces yo trabajo mucho mejor con los profesionales que te respetan, que te hacen sentir... pues eso... que tu trabajo, ellos a lo mejor lo saben hacer o no, pero no es que uno sea más importante que otro, tienes más responsabilidad civil, eso es verdad, pero es un equipo.

Y hablando de responsabilidad, *Smiling Caballero*, ginecólogo, reflexionó sobre ésta y en manos de quién debe de estar, en relación al cambio de paradigma que se está produciendo, según él, en la atención obstétrica:

Hay también aquí un cambio de paradigma, porque en el siglo XX el parto era del médico, se hablaba de una dirección médica del parto, el parto era dirigido por un médico, y la matrona es una enfermera que cumple las órdenes médicas, además del apoyo emocional y todo eso, pero tiene que estar al servicio del médico. Mientras que en el siglo XXI, el paradigma está cambiando, porque ahora a lo que se tiende es a que la matrona es una profesional con toda la responsabilidad sobre el parto, mientras ella no haya visto algo por lo que ese parto deja de ser normal. Pero, de nuevo, aquí ocurre lo mismo de en cuanto de responsabilidad que yo decía con las madres, porque claro, lo que tampoco puede ser, que también sigue ocurriendo, es que las matronas «sí, sí, queremos... el parto es nuestro, el parto es nuestro, nosotras somos las responsables del parto», pero luego ocurre una desgracia, ocurre una catástrofe, y... «es que... es que el ginecólogo no estaba, y tenía que haber estado». ¡Ah! Pues entonces vamos a ver cómo es esto. En fin, es muy muy importante que las responsabilidades estén muy bien delimitadas, pero en todo en la vida.

Ángela cree que tenemos interiorizado que el médico tiene la última palabra: «estás en tratamiento porque lo digo yo y punto». *Bea* también resalta eso, cómo **aceptamos todo lo que el médico dice**, sin más:

Es tanto a nivel físico como psicológico, o sea, hay un abanico muy grande, pero que se produce mucho. Yo creo que tenemos a los médicos como dioses un poco, es decir, no nos atreveríamos a cuestionar, y eso lo he visto mucho, muchísimo, con amigas. [...] Yo era como «me tengo que hacer un legrado porque me lo ha dicho mi ginecóloga», ¿no? No te planteas ni pedir una segunda opinión... y es la ginecóloga de toda la vida y su palabra va a misa, y si yo hubiera seguido con ella y yo qué sé, mi vida hubiera sido distinta y no me hubiera querido informar por el embarazo y todo, a lo mejor hubiera acabado con una cesárea programada por el tema de la miopía, ¿entiendes? A veces necesitamos como saber que somos personas, que todo el mundo se equivoca, que no tenemos que pensar que un médico tiene la verdad absoluta ni mucho menos

Txu piensa que poco a poco se les está quitando autoridad a los médicos:

Ahora por lo menos le estamos quitando un poco de autoridad en ese aspecto, la información y el conocimiento les ha quitado un poco de autoridad... pero no sé hasta cuándo, o sea, no sé hasta cuándo, qué necesidad hay de eso, de un maltrato.

Y Nausicaa opina que los profesionales se sienten inseguros cuando los cuestionan:

Yo creo que eso, porque es un ámbito íntimo, porque la gente tampoco va hablando mucho de ello, y porque después es como que gente profana entre comillas entra en la manera de hacer de profesionales. Los profesionales se sienten cuestionados.

Para *Matrona Empoderada*, los médicos son la principal dificultad en su día a día:

La principal dificultad son los médicos, sobre todo porque no siguen las recomendaciones, pero nadie les dice nada de forma habitual, nadie les pide cuentas, ni las mujeres, ni las familias, ni... y... bueno... entonces, como no pasa nada. [...] Una cosa es lo que diga la ley, y lo que digan las diferentes recomendaciones y sociedades científicas, pero la realidad en los hospitales es que sólo los que dictan cómo deben de ser las cosas son los médicos, y digamos que tienen vía libre. Tienen vía libre para lo que quieran, esté bien, esté mal, sea ético o no, o haya daño a los pacientes o no... pero es lo que se les ha permitido, ellos cuando van a la universidad... les meten en la cabeza como que son la élite de la sociedad y así actúan y así...

Pero las mujeres apreciarían más a la figura de los médicos si éstos se mostraran más cercanos. *Besly* admiró la humildad de un equipo de ginecólogos:

Había dos ginecólogos reunidos, y estaban los estudiantes, y entre ellos comentaban «¿qué hacemos, tú qué opinas?», y a mí eso me parece muy humilde, el hecho de que entre ellos dos no supieran qué hacer, «bueno, pues si te encuentras bien... pero vamos a vernos y vamos a ponerlo con los estudiantes y con el comité a ver qué opinan también», y que me dejaron, o sea, que no me impusieron nada, ¿sabes?

Si los médicos no estuvieran tan endiosados, continúa *Besly*, todo sería más fácil:

Básicamente el respeto, no se suele respetar mucho y el problema de los médicos es que se creen superiores, y yo creo que siendo iguales podrían tener mejores resultados tanto ellos como fiarnos, o sea, yo he tenido que medir a muchos médicos, por su prepotencia. Si tú aceptas mi opinión, no te tendré que mentir.

Sin embargo, la ginecóloga *Marta* piensa que a los ginecólogos se les entrena para ignorar sus emociones, para cosificar a los sujetos:

Te preparan para ser una persona que no te puedan afectar las cosas, que tú sólo salvas las vidas, y que no puedes demostrar ante nadie tu debilidad, yo pienso que no es así, por qué tienes que demostrar siempre que no... no sé... ¿por qué no puedes decir que a veces lo pasas mal en ciertas urgencias?

La matrona *Mar* piensa que:

En la jerarquía hospitalaria, el mayor poder lo tienen los médicos y cualquier cambio que se deseé introducir, siempre pasará por su aceptación o no.

Nessi es médica y cuando en sus partos el personal sanitario se enteraba de su profesión, cambiaba totalmente el trato hacia ella, como ya analizamos respecto a la territorialidad en el punto 5.4.4.5:

Totalmente. Es muy triste, pero es así. Y en otros ámbitos de la medicina lo he notado pero no tanto. O sea, sobre todo en el obstétrico. Yo creo que a las matronas les genera inseguridad que seas un médico, es como... por alguna

razón piensan, aunque no tengas idea de ginecología, aunque seas dermatólogo, que tú sabes más... no sé, fíjate, me da esa sensación. Entonces con las matronas, con las enfermeras, les genera... «ostras, que es un médico», ¿sabes? Está muy jerarquizado, yo creo que sí.

En general, tanto las mujeres como las matronas perciben cierta falta de respeto del trabajo de las matronas por parte de los ginecólogos. *Sfg* comenta:

Yo creo que muestran poco respeto por la profesión de las matronas los ginecólogos, y en general están más actualizadas las matronas que los ginecólogos para atender tanto en el parto como en el puerperio, y los ginecólogos deberían tener más confianza en ellos y en ellas, que hay matrones también, porque les puede dar mucha información muy valiosa. [...] Hay ginecólogos que no le dan valor a la profesión de matrona, a las matronas, y tampoco se actualizan ellos, entonces creo que hay mucho trabajo por hacer, y que además los que están actualizados en algunos casos tampoco son respetuosos.

Deiviz, matrón, piensa que se sabe perfectamente qué tiene que hacer cada profesional... pero eso no quiere decir que no se **traspasen los límites**:

Otra cosa es que luego haya extralimitaciones de cada uno, o que se traspasen esos límites, pero... cuándo tiene que actuar uno y cuándo tiene que actuar otro, se sabe perfectamente.

Indie Matrona se siente frustrada:

A ver, están delimitadas las tareas en sí, pero sí que es verdad que hay muchas sutilezas, entonces por ejemplo hay hospitales que no dejan que el ginecólogo se meta en absoluto en el trabajo de la matrona «y yo dirijo la dilatación como considero bien, y le pongo la oxitocina si considero que le hace falta, no si tú me la pautas, y hay ginecólogos que se meten mucho, y hospitales en los que en seguida... “¿pero le has puesto ya la oxitocina?», «no, es que estoy esperando, la dinámica que tiene es espontánea, le he roto la bolsa, a ver si evoluciona positivamente...», entonces muchas veces se olvidan de la parte de matrona y no nos dejan actuar tan libremente como querríamos, y al final sería mejor para ellos, porque hay muchas matronas que saben mucho y que tienen mucha mano derecha y saben cómo lograr que ese parto evolucione bien, y si le metes la oxitocina antes lo bloqueas, entonces da rabia... Frustra un poco, se meten en tu campo, sí.

Además, resalta que quizás la figura de la matrona es complicada por estar en medio del resto de profesionales:

Quizá el hecho de que la matrona es una figura que está en medio del resto de los profesionales, entonces tienes por un lado a los ginecólogos, que cada uno tiene su valoración y tiene su criterio, aunque haya más protocolos, y luego tienes también al resto del personal (pues auxiliares, etcétera, enfermería, los neonatólogos...) pues que todos miran por su... claro, por su cliente, digamos. Entonces tienes que gestionar muy bien pues toda esa... emocionalmente es

tensional, porque tienes que intentar que todo el mundo se coordine adecuadamente para que esa vivencia sea adecuada y ese parto salga adelante, salga bien.

Marta, ginecóloga, piensa que:

Lo que pasa es que todavía hay muchos piques entre ginecólogos y matronas en el trabajo, en el sentido de que hay algunos compañeros míos que todavía no entienden que la competencia del parto normal es de la matrona.

Indie Matrona especificó cómo cuando los ginecólogos llevan un par de años en la residencia, ya comienzan con ese **estatus de superioridad**:

Los ginecólogos están más medicalizados, se les olvida toda esa fase de dilatación, no saben cómo es. De hecho, ayer tuve guardia y había un residente de primer año, que son los que se dejan enseñar, luego ya entran en segundo-tercero y ya son intocables, entonces es verdad que los sustos que les pega la residencia les hace que sean más duros, pero yo les explicaba, le digo «tienes la suerte hoy de poder estar aprendiendo lo que es la fase de la matrona, o sea, vas a ser matrona por un día», porque luego es que se les olvida, y es una pena... Porque no nos entendéis, entonces si no entiendes el trabajo de una matrona no puedes entender el parto en sí, el parto en sí no es algo de «pongo las manos y ayudo a que saque la cabeza el bebé», es llegar hasta ese punto y que la vivencia sea buena.

Maiai, también matrona, lo pasó muy mal cuando empezó a trabajar a causa de esta jerarquía:

También veía como que los médicos... había mucha jerarquía entre ellos y nosotras, y entraban a tu paritorio y te firmaban el registro que había tocográfico y yo decía «pero bueno... y aquí... ¿qué pasa, que no estoy yo haciendo el seguimiento de este parto, o es que dudan de mí?», cuando aparte está todo monitorizado, informatizado, desde un paritorio ves el paritorio de otra matrona, ahí es una matrona-una gestante, teníamos que permanecer dentro del paritorio permanentemente, no podías salir sino a hacer pipí o... pero en general... no sé, estaba con mucho más... allí era una matrona robot, exagerado, era A – B – C – D, era todo así.

Y es que *Maiai*, como matrona que es, intentaba atender los partos de acuerdo a la fisiología, de modo que había aprendido a diferenciar cuándo una mujer está de parto simplemente por los sonidos que ésta emite. Con esto consiguió que un ginecólogo la regañara y patologizara el parto completamente:

Y me voy preparando... claro, con los sonidos que emitía la señora, pues se da cuenta el jefe de parto, abre la puerta y dice «¿de cuánto está la señora?» y yo «no sé, no la he explorado», le dije (se ríe), dice «¿y si no la has explorado por qué abres la mesa de partos? Se te va a contaminar» digo «porque me parece que ya está de parto y que va a parir», porque aparte yo estaba viendo los registros y digo... vale, había pasado una hora y cuarto y entró con tres, dice

«explore a la señora» digo «tiene un plan de parto», y ahí no se explora antes de cuatro horas, «explore a la señora». Y yo «mire, con su permiso,...» ya como toda sumisa yo, «mire, con su permiso, la voy a explorar, tal...» y yo «por favor, ¡que esté de diez centímetros, que si no me cortan aquí la cabeza!», digo «dilatación completa, primero-segundo plano, occípito-ilíaca, derecho exterior» o yo qué sé lo que le dije, y él «¿sin la bolsa?» y yo «la bolsa está íntegra» y él «¡rompa la bolsa!», y yo... «pero por qué voy a romper yo la bolsa»... Bueno, total, rompo la bolsa, líquido teñido, se lleva una episio... Bueno, aquello fue... Digo «dios»... o sea, en un parto que iba a ser lo más fisiológico posible, aquella mujer se quedó como... de planeta parto despertada radicalmente... y yo me sentí súper mal.

Savannah, ginecóloga, considera que cada profesional debería limitarse a sus funciones:

Me parece que la jerarquía o el creerse superior por haber estudiado unos años más... da como la potestad de mandar a otra persona... bueno, estoy hablando de obstetras mandando a matronas, que es como... o sea, uno tiene una función y el otro otra función, ¿sabes? Me puedes opinar pero mi trabajo es mi trabajo y yo sé hacerlo y tú no sabes tanto como yo (se ríe). Tú sabes de lo tuyo.

Yogui, también ginecóloga, opina sin embargo que todos deben ayudarse entre sí:

Yo soy la primera que tira de una camilla haciendo de celador o que he limpiado a una paciente ayudando a la auxiliar o que ayudo a la enfermera a poner una medicación, o que he explorado a la paciente mil veces como si fuera una matrona, o sea, que yo sea médico no implica que no pueda hacer otras funciones, y el resto del personal sanitario lo entiende exactamente igual.

Matrona Empoderada sufre muchísimo por esta falta de autonomía a la hora de trabajar, y se pone a llorar mientras me lo cuenta:

Igual voy a ser muy sincera, pero... los médicos (se ríe). Mmm... es imposible trabajar, ¿sabes?, siguiendo las recomendaciones, porque no puedes. Y... puede que necesite un clínex, perdón, igual haces un poco de psicóloga (se pone a llorar) ... es muy duro... simplemente que... bueno, simplemente no, no puedes... las mujeres no reciben la atención que deberían obtener porque no puedes seguir las recomendaciones, no puedes. Se meten en los paritorios y hacen cosas que no deberían de hacer, y... bueno, son continuas faltas de respeto.

Al final, podríamos hablar que esta rivalidad matrona-ginecólogo es también la rivalidad fisiología-patología. Al es matrón y opina que lo que está mal es el enfoque en general que tenemos hacia embarazo, parto y puerperio:

Pero en los hospitales sí que es verdad que las mayores dificultades con las que te encuentras son los protocolos muy rígidos, que al final también condicionan la forma de parir de las mujeres. Y una excesiva intervención... porque se supone que el profesional que debe atender los partos de bajo riesgo es la matrona, es la matrona la que está preparada en fisiología y es la que va a saber cómo actuar en cada caso, que en el caso de un parto de bajo riesgo es básicamente observar,

vigilar, apoyar, para que en el caso de que se vuelva patológico puedan intervenir. Y las dificultades cuando no te dejan hacer tu trabajo bien, cuando están encima, cuando se tiende a meter prisa para que las mujeres paran de la forma más rápida posible, cuando se inducen más partos de la cuenta... en general cuando se hace que se vuelta patológico un proceso que es totalmente fisiológico. Eso es lo que, para mí, más entorpece.

La matrona *Covicheira* pide que se recupere la confianza en la fisiología femenina:

Creo que lo que tiene que cambiar principalmente es recuperar la confianza con el proceso normal del embarazo y el parto, desde los profesionales que atendemos a las mujeres en este proceso transmitirles la confianza de que es una mujer sana, de que tiene un embarazo normal, que está teniendo un embarazo normal, y que lo más probable es que tenga un parto normal, ¿no? Parece que estamos más encaminados como a detectar patología, detectar patología, estamos muy pendientes en eso y nos olvidamos de transmitirles a estas mujeres que está todo normal, que lo más probable es que vaya todo bien, que eso es un proceso fisiológico y que está preparada para gestar y para parir.

Deiviz cuenta cómo asistió atónito al parto de una ginecóloga de su hospital, que atendieron otras compañeras suyas ginecólogas, y cómo un parto perfectamente normal acabó totalmente patologizado:

Es que no llevaba ni una hora en completa y ya le hicieron empujar, la metieron en paritorio, le hicieron un Kristeller y unas espártulas. Y ella es ginecóloga. Ellas lo viven así, es su forma de... es lo que es un parto bonito, ¡y para nada, eh, podría haber sido un parto mucho más tranquilo!, se metieron allí cuatro... es que... una por arriba, otra por abajo... no sé. Y es una cosa que podría haber sido totalmente distinta, se estuvo trabajando a lo tonto. Bueno, trabajando... haciendo actuaciones que no eran necesarias en ese momento, porque el registro del bebé era bueno, ¿sabes? No había que acelerar nada.

Algunos profesionales con los que hablé tienen una visión más patológica del parto, sobre todo los ginecólogos que, como hemos visto, son los responsables de resolver las patologías obstétricas y no de encargarse de los partos fisiológicos, por lo que, según su formación, muchas veces acaban teniendo la visión del parto como de algo inevitable.

Es lo que le sucede a la ginecóloga *Yogui*:

O sea, lo mismo que no podemos elegir medir un metro cincuenta o un metro ochenta, pues no podemos elegir ni el día en que nos vamos a poner de parto, ni cómo va a ser el transcurso de la dilatación... porque esto es algo que no se elige, ¿no? Que nos toca y hay que aceptarlo, y ya está.

El matrón *Al* resalta cómo hay ginecólogos que sólo ven patología:

El problema es que si cada uno actuara en su parcela, pues los partos irían mejor, las matronas están más actualizadas en fisiología, y los ginecólogos... hay ginecólogos que estudian muchísimo, yo conozco muchos, que están súper

actualizados, en patología sobre todo. ¿Qué ocurre? Que si te estás actualizando en patología sobre todo, ves patología por todos lados. Si estás actualizado en fisiología, intentas ver la fisiología por todos lados, intentas respetar esa fisiología.

Una pregunta que muchas personas se hacen al analizar el estado de la medicina en estas cuestiones es: ¿qué ocurre con las mujeres médicas?

En el discurso grupal de las médicas se identifica la existencia de un conflicto entre su identidad como profesionales y su identidad como mujeres. [...] Los pacientes prefieren a las médicas por su empatía y a los médicos por su competencia técnica, ya que de forma inconsciente les atribuían roles de género diferentes. (Delgado Sánchez *et al.*, 1999: 268-274).

Por desgracia, la mayoría de las veces, éstas reproducen el discurso masculino, porque éste está asentado totalmente en el entramado social. Obedecen a las enseñanzas aportadas por los médicos y excepcionalmente responden a una conciencia de género: si lo objetivo, lo científico, lo protocolario es lo que se les ha enseñado, es difícil salir de ese estado. Porque la violencia obstétrica es estructural, y como tal se perpetúa en un sistema que al legitimizarla la invisibiliza⁶⁹: también las mujeres sanitarias replicarán el sistema de violencia, el sistema de jerarquías y el sistema patriarcal, aunque esta réplica se puede hacer de forma inconsciente. Es por eso que muchos médicos y médicas no son realmente conscientes de que están ejerciendo violencia obstétrica, porque el sistema lo ha normalizado. A *Amanda* le llamaba la atención cómo las profesionales mujeres también ejercen violencia obstétrica, cómo ejercen esa «traición de género»:

Yo creo que es otra forma más de machismo y me jodía mucho ver, una de las cosas que más me partía la cabeza los días siguientes era... ¿cómo pudo pasar esto con todo un equipo de mujeres que me estaban asistiendo? Me acuerdo que se lo decía a mi pareja y él estaba como «está bien, está bien», claro, no estaba dolido por esto, no se sintió como tan vejado, atropellado sí pero él no puso el cuerpo, o sea que es diferente, pero para mí estaba esta cosa de traición de género, que yo nunca la había tenido como una reivindicación de colectivo femenino así como clarísimo... me pareció muy loco.

⁶⁹ Las mujeres constituyen el 84 % de la especialización en ginecología y obstetricia (Vázquez Vega, 2010: 148); en general, los indicadores parecen apuntar a una feminización cada vez más creciente de las profesiones sanitarias. Según este autor, existen varias causas para esta feminización, entre ellas el efecto llamada, la creación de un mercado de la salud con sus respectivos nichos, o la transformación del sistema sanitario. Pero, dado que las mujeres han comenzado a entrar hace relativamente poco en una profesión tradicionalmente dominada por hombres, las reglas que se han encontrado son las que ya estaban establecidas por éstos, por una tradición de muchos siglos de la biomedicina y de las normas asociadas a éstas. Así, los puestos altos siguen estando en manos de los varones: sólo existe una catedrática de ginecología y obstetricia en España y apenas hay mujeres jefas de servicio de ginecología en los hospitales.

En general, cierta mitificación de la ciencia es lo que ha posibilitado que la visión androcéntrica se imponga como neutra y actúe reforzando el sistema de dominación masculino: lo objetivo sería lo masculino. Lo masculino siempre resulta «el valor por defecto», como ya hemos analizado en el apartado 3.2.: en cualquier gráfico del cuerpo humano, la figura que se muestra es la de un hombre. Hombre y ser humano serían casi equivalentes, siendo las mujeres la alteridad, lo otro.

¿Pero qué sucede realmente entre las mujeres y los profesionales de la salud, principalmente los obstetras? ¿Por qué las relaciones asimétricas entre ambos se siguen legitimando? El modelo médico hegemonicó, al que estamos acostumbrados, prioriza el concepto de enfermedad, el curar, sobre la prevención de dicha enfermedad, situándose siempre el profesional por encima del paciente, que se convierte en un ente subordinado de las prácticas médicas. La propia palabra «paciente» alude no sólo a la capacidad de ejercer la paciencia sino a la pasividad e incluso a la cosificación de éste (seres pasivos, incapacitados totalmente para tomar decisiones sobre su propia salud): los pacientes deberían ser considerados usuarios, clientes, del sistema de salud, y más aún en un proceso fisiológico perfectamente normal como es el parto. En este modelo médico, mujeres y profesionales no pueden establecer un diálogo adecuado, porque la propia desigualdad lo imposibilita, y además al tratarse de mujeres la desigualdad es doble: en tanto que pacientes, y en tanto que género. El médico siempre saldrá más reforzado, más poderoso, y las mujeres más incapacitadas, con mayor necesidad de tutela y de guía. «Aquí el que sabe soy yo... y no hay más que hablar».

La monopolización de los saberes relativos a la salud por parte del sistema médico ha reducido y expropiado el campo de conocimientos de las mujeres. Muchas de ellas se autoperciben en el «no saber» y las relaciones con los profesionales no mejoran esta condición sino que tienden a fomentarla (Montes Muñoz, 2010: 193).

En este modelo de salud las mujeres no son consideradas sujetos con criterio propio, y no disponen por lo tanto de un espacio en el que discutir con el médico el diagnóstico de éste⁷⁰. No existe reciprocidad, ni participación, ni se permite que las mujeres se responsabilicen de su propia salud. Además, en el trasfondo de considerar a las mujeres

⁷⁰ Quizás los médicos no se paren tampoco a dialogar con sus pacientes varones, pero con las mujeres es aún más grave, volviendo al concepto de interseccionalidad del que ya hablamos anteriormente (ver nota 18).

parturientas como «pacientes» está la idea de la que ya hemos hablado de que un parto resulta un momento muy arriesgado.

Esta idea de riesgo, presente en todos los embarazos y partos, no sólo en los que tienen factores de riesgo o patologías sino también en los normales, conduce a dar protagonismo a la enfermedad frente a la salud y a la prevención y detección de posibles problemas [...] y supone, además, una actitud vigilante e intervencionista de la institución sanitaria de la mano, principalmente, del personal de obstetricia, personal especializado en la patología (Tabet, 1985: 216).

De este modo, la visión de riesgo legitimará el modelo biomédico y la medicalización, sin ser conscientes de que en realidad ese riesgo no es sino una construcción sociocultural que configura un determinado ordenamiento, controlando de manera ritual los procesos de la salud reproductiva de las mujeres.

La vigilancia en este contexto tiene una serie de consecuencias (Tabet, 1985):

- Una visión patológica y negativa del cuerpo de las mujeres.
- Una vivencia de miedo por parte de las mujeres del embarazo, parto y puerperio.
- Una invalidación del conocimiento de las mujeres de su embarazo, parto y puerperio y de las sensaciones experimentadas.
- La necesidad de control médico en embarazos de bajo riesgo.

En las relaciones que establecen las mujeres gestantes con los profesionales de la salud, se reproducen las estructuras sociales de género; así, si las mujeres no se sienten suficientemente empoderadas, quedarán anuladas, y al verse destruida su confianza en sí mismas y en sus propios procesos, aumentará consecuentemente la dependencia respecto a los especialistas.

La imagen de la infantilización de las mujeres como seres incapaces porque «no saben o no se enteran» aparece de forma frecuente en las relaciones con los profesionales, con lo que éstos se autorizan a asumir un papel tutelar de control sobre ellas (Montes Muñoz, 2010: 195).

5.5.4. La formación de los profesionales

Si la evidencia científica se muestra claramente partidaria de unas prácticas más humanizadas desde hace año, si la *Estrategia de Atención al Parto Normal* está basada en dicha evidencia... ¿por qué los cambios tardan tanto en producirse? ¿Cuándo y cómo se forman los profesionales sanitarios para adaptarse a la nueva evidencia científica?

Según el ginecólogo *El Cid*, se supone que los profesionales ya están formados, con lo que no se les da más formación:

¿Se nos da formación? No, se nos supone la formación. Excepto a los residentes que sí están en periodo formativo dentro de la especialidad. Secundariamente a los alumnos de la facultad que cada hospital universitario tiene.

Deiviz es matrón y comenta que en su hospital determinados cursos sí son obligatorios, y otros voluntarios en función de los intereses de cada cual. *Indie Matrona* expone que las formaciones de calidad son las ajenas al hospital:

Luego es verdad que a nivel personal si quieras realmente una formación buena, buena... no digo que sea mala la del hospital, pero sí que intentan cubrir expediente, sinceramente, porque yo lo veo en las compañeras que tengo: pues sí, has ido al curso, pero es verdad que de lactancia materna manejas poco, lo que es la práctica, no es que los docentes sean malos, hay profesionales muy buenos, pero al final hacer llegar esa información en tan pocas horas es difícil, entonces si te quieres formar bien, sobre todo en lactancia materna, hay que hacer ciertos cursos que tienes que pagar tú, vamos.

Covicheira, matrona, expone cómo la formación buena se la tiene que costear cada una de su bolsillo:

Luego está la formación a nivel privado, que es lo que hacemos una gran parte, formarnos de aquello que nos interesa de forma privada, pagándolo nosotras de nuestro bolsillo.

La matrona *Maiai* se forma continuamente:

Yo hice ahora el Experto de FUDEN de Maternidad Consciente, ahora voy a hacer el Experto de FUDEN de Urgencias en Ginecología y Obstetricia, yo me he formado con Naoli Vinaver, he ido a conocer a Ina May Gaskin a Escocia, a una conferencia que se llama *Mama Conference*, he estado con Robin Lim en *Loving The Mother* en Granollers... o sea, yo me he formado porque yo he querido.

Matrona Empoderada expone que sólo se forma realmente quien tiene interés:

Muy de vez en cuando se hace alguna jornada relacionada con nuestro ámbito, pero... vaya, que no es ni anual, puede ser cada... tres años, o dos... entonces la formación nos la tenemos que asegurar nosotras, o al menos las profesionales que tenemos motivación para ello. El que no quiere no se forma y no se actualiza y el que sí quiere sí lo hace, por desgracia. Esto no es lo ideal ni lo recomendable, pero por desgracia es así.

En el lugar de trabajo del ginecólogo *Smiling Caballero* cada uno se forma en lo que considere, pero sin ninguna obligación:

En el hospital donde estoy yo parte de nosotros, cada profesional es el que tiene que decir en qué se quiere formar más, a su juicio, claro.

Mickey Mouse, también ginecólogo, comenta:

... todo eso depende un poco de ti mismo, de tu prurito personal y de las ganas que tengas de ir a congresos y de formarte, pero actualmente no hay ninguna obligación de hacerlo, por decirlo de alguna manera.

Algo parecido apunta la ginecóloga *Yogui*:

Bueno, pues la verdad es que no es que haya nada obligatorio, aunque cada vez están hablando más de la carrera profesional, de la obligatoriedad de mantenerse actualizado, etcétera, pero yo creo que es algo que nadie se plantea de otra manera, puesto que si quieras seguir atendiendo pacientes y estando al nivel de la sociedad de hoy en día, tanto en obstetricia como en ginecología, es que necesariamente te tienes que actualizar, tienes que estudiar, tienes que ir a cursos, congresos, etcétera, pues para poder mantenerte al día.

El problema es que hay muchos profesionales que se acaban acomodando. *Deiviz*, matrón, dice que:

La juventud está más actualizada, lo que pasa es que hay ginecólogos y hay matronas que están como... cuando ya llega un momento en tu carrera en el que ya si sabes hacer determinadas cosas y te va bien, pues ya no te interesan más cosas. Como que te acomodas.

IndieMatrona piensa que:

Hay algunos ginecólogos a los que sí que les interesa reciclarse y hay otros que no, que directamente «mira, yo ya sé lo que sé y me voy a reciclar lo mínimo». Yo creo que la medicina es más a-b-c y es más medicalizada, y es más de protocolos, entonces para cambiar protocolos hay que hacer bastante investigación, y en España se investiga poco, y no hay dinero, y...

El Cid, ginecólogo, comenta que gracias a la industria farmacéutica muchos médicos pueden seguir formándose (¿con qué imparcialidad?):

Muchas personas tienen que actualizarse por sus propios medios, sobre todo económicos sin más ayuda que el propio interés personal. [...] Actualmente, si no fuera por la industria médico-farmacéutica, un muy alto porcentaje de las actualizaciones del médico serían muy difíciles o imposibles de realizar.

Savannah, ginecóloga, vive en una isla muy pequeña y encuentra dificultades para seguir formándose:

Pues sinceramente... no mucho. No. Algún curso... dieron alguna vez en este año de algo de uso racional del medicamento, pero no... sí es verdad que si nosotros estamos interesados, están bastante abiertos, yo el otro día quise ir a una cirugía de una mujer que no se pudo hacer en La Gomera, quise ir a Tenerife y cambié

la consulta de un día para otro, no sé qué, y fue como todo muy fácil. Como que no te fomentan, pero te facilitan un poco, siempre que más o menos siga la actividad...

Luna, matrona, considera que quienes atienden partos en casa son quienes más se actualizan:

Yo creo que en realidad las comadronas de parto en casa estamos bastante más actualizadas que muchas comadronas del ámbito hospitalario, quizás por eso, porque ejercemos mucha autonomía y tenemos muy claro que nuestro conocimiento debe estar muy al día, además porque las mujeres con quienes tratamos suelen ser mujeres de nivel cultural medio-alto y que suelen estar muy bien informadas sobre todo el tema de la maternidad y tú debes tener respuestas adecuadas y a la altura.

Y la matrona *Mar*, con 33 años de experiencia, expone que:

Igual ya llevamos una década en la que sí se da alguna formación, pero muy escasa, podría decir que saliendo de la administración, tanto en el hospital como en primaria, igual tenemos un curso al año específico para comadronas, y siendo un poco exagerada, podrían ser dos. Pero no más. Además estos cursos no son obligatorios, por lo tanto no todo el mundo los realiza, solamente la gente que está más motivada, ¿no? Entonces para mí es un fallo importante, creo que los cursos deberían ser obligatorios. [...] Nunca he coincidido en ningún curso con alguna o algún gine. Este año he realizado 6.

A fin de cuentas, un hospital está formado por un equipo de personas, y como tales, si éstas no están debidamente actualizadas en la evidencia científica más actual, ¿cómo van a adecuarse los protocolos a dicha evidencia, cómo va a ir mutando la asistencia del parto hasta adecuarse a las necesidades de las madres? Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014: 3), «los profesionales de la salud en todos los niveles necesitan respaldo y capacitación para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con comprensión y dignidad».

5.5.5. Los profesionales, a veces, también chocan contra el sistema

Dentro de la problemática que los profesionales me contaron, destacaban siempre dos temas: el **cansancio** y las **crisis de vocación**. Según la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (Alcalá, 2017), las jornadas laborales de los médicos españoles se definen como «tóxicas» para su salud: el 30 % sufre el síndrome de *burnout* (agotamiento). Pero también son «tóxicas» para la salud de sus pacientes: la posibilidad de que un facultativo cometiera un error en un turno largo se multiplica por siete. Además, dentro de

las especialidades con más problemas de ansiedad y depresión se encuentra la de ginecología y obstetricia. La matrona *Maiai*, por ejemplo, cuenta que:

Creo que las horas cansan o que no estamos iguales si recibimos un bebé con un éxitus fetal a las nueve de la mañana que si es a las siete y media y salimos a las nueve, y es como... que nos parte, no estamos en el mismo nivel mental para afrontar una pérdida, que yo siento que es de lo más doloroso.

Indie Matrona comenta cómo los turnos de 24 horas son totalmente agotadores:

Y luego, por otro lado, es verdad que el factor sueño a mí me afecta mucho, o sea, el hecho de a lo mejor estar en una guardia de 24 horas y de que no hayas podido dormir nada durante el día y la noche, pues llega un momento en que es verdad que te colapsas un poco, estás muy cansada y haces las cosas porque te sale la adrenalina de dentro por una situación de estrés, entonces lo llevas adelante, pero es verdad que luego llegas a casa y es como si te hubieran dado una paliza (se ríe).

Jjj atendía partos en casa y su disponibilidad tenía que ser total:

Lo que menos... el sueño que pasas, la disponibilidad a costa de tu familia, no eres sólo tú quien atiendes partos en casa, es toda tu familia. Disponibilidad es cines y teatros con el teléfono encendido por si te llaman, es viajes que no puedes hacer porque estás de guardia, es teléfono móvil permanentemente presente, 24 horas.

Pero quizás quien peor lo pasó fue la ginecóloga *Marta*, desde el momento de su residencia:

El viernes entrabas por la mañana, salías el sábado por la mañana, el domingo entrabas por la mañana y salías el lunes por la mañana, que encima tenías que empalmar con el trabajo porque estaba muy mal visto librar la guardia, eso ya ha cambiado, los residentes ahora no tienen eso, pero en la época en que yo lo hice pues era todo así, y como te quejaras o lo que fuera pues estaba muy mal visto y tenías que tragarte con todo. Y bueno, pues la residencia pues ya... te acostumbras a ese ritmo de trabajo, y crees que encima tienes mucha suerte.

Dice *Marta* que era como una «venganza contra los residentes», como si ahora les tocara pasarlo mal a ellos y aprender lo dura que es la vida de médico:

Y luego es que había muchos adjuntos que además tenían esa dureza de decir «los residentes que aprendan, que aprendan, que sepan lo que es trabajar duro», no sé qué, esa filosofía era la que... porque yo me acuerdo cuando había puentes y cosas de éas podíamos distribuir las guardias de manera que si no cubríamos toda la semana pues podíamos distribuirlas de una manera para que por lo menos nos beneficiaríamos unos días... pues llegaba ese momento y había una adjunta que... puff... para eso era... «no, no, no, nosotros estamos jodidos, los residentes igual», entonces teníamos que ponernos las guardias en plan puteo, ¿sabes?, en los puentes y eso.

Y cuanto más aumenta la insatisfacción laboral, **más alto es el grado de cansancio emocional y de despersonalización**. Es imposible que un cuerpo humano normal aguantara ese ritmo sin estar de un malhumor constante:

Yo estuve es una época en que los residentes cuantos más puteados estaban mejor visto estaba, y cuando terminaba la guardia te tenías que quedar, o sea, 24 horas trabajando y luego te tenías que quedar la siguiente jornada hasta que termines, con lo cual... es que estabas... no sé, a ver, si yo entro a las ocho y media y salgo al día siguiente a las 2 de la tarde, yo no sé... calcula cuántas horas he estado ahí... y luego estaba muy bien visto pues también quedarte a quirófano o cosas así, ¿sabes? En plan «fíjate, con la mala guardia que ha tenido, y aquí dándole», es que estaba muy bien visto, es la historia de todo esto, entonces claro, pues te sientes un poco como la oveja negra de todo eso, ¿no? De «hay que ver qué floja soy, que no alcanzo yo a ese nivel», que yo ha habido guardias que mientras estábamos operando alguna cesárea, yo he llegado a tener guardias en que me daban ganas de llorar, cuando escuchaba roncar a la mujer cuando estábamos operándola... porque a veces salía el niño y la anestesiaban y la mujer se quedaba frita... y es que me daba una envidia... y yo «qué suerte tiene esta mujer, está aquí dormida y yo aquí, que tengo ganas de dormirme y no puedo», y me daban ganas de llorar, imagínate qué cosa, ¿no?, para llegar a pensar así, que me diera envidia a mí una mujer que le estaban haciendo una cesárea, ¿sabes? Imagínate la amargura que tienes ahí, de falta de sueño, de energía.

Por último, *Marta* me hace una confesión, gracias al anonimato de este estudio:

Yo sentía una cosa... esto no se lo he dicho a nadie, pero es que... es para que tú te des cuenta de lo que es el cansancio cuando llega a un punto... o sea, que eres como un monstruo... yo llevándole el niño a la madre y sentir miedo de que yo le hiciera daño al niño, de que yo me vengara en el niño, y de entregarlo corriendo a la madre y decir «que me estoy volviendo loca, qué cosa, que me ha entrado como miedo de mí misma, a ver si ahora lo voy a pagar con el niño», ¿sabes lo que te digo? Eso se llama... luego lo estuve mirando por curiosidad, se llama «fobia de pulsión», es decir, tú tienes miedo a hacer una cosa, a hacer un daño... que luego tú nunca lo harías, ¿sabes? Que luego me tranquilizó, que... ah, bueno, al final... la gente que tiene estas cosas nunca consuman... que hay gente que le pasa, que a lo mejor tener fobia de «a ver si voy a coger un cuchillo y se lo voy a clavar a alguien», y eso nunca lo harían, ¿vale?, es simplemente que se te pasa una imagen y te crees que tú le vas a hacer daño a la persona y eso... esto que te estoy contando es la primera vez que lo estoy diciendo.

Marta dice que esto forma parte de la violencia también, y que finalmente el cansancio te ayuda a entrar en esa violencia, **te deshumaniza**.

Es que esto es más de violencia simbólica... entonces tú te programas para eso, para... que tú tienes que ser como... que poder con todo eso... entonces cuando la sobrecarga de trabajo es muy grande, te deshumaniza, eso es así... lo que te he contado antes, que yo he llegado a tener un bebé en brazos, y sentir de repente el pánico de decir «a ver si voy a maltratar yo al bebé porque se me vaya la olla», porque te crees que te vas a volver loca, entonces es que entras

ahí como en una... y ya es como si vieras carne, y ya está, ya llega un punto cuando estás muy cansada que tú no ves... porque tú necesitas descansar, es que NECESITAS descansar, no puedes, o sea... de estar yo medio... con ganas de llorar... porque estoy escuchando roncar a la que estamos operando... y envidiarle, en plan «esta jodía aquí dormida y yo aquí que no puedo dormir»... para llegar a pensar así hay que estar muy trastornada, ¿no? Y para llegar a ese trastorno hay que estar muy cansada, que te falta ya todo, es que tú imagínate lo que es 24 horas seguidas sin parar, que cuando las guardias son chungas y con casos de gente muy complejos... claro, luego te llega una porque se le ha quedado un preservativo dentro, y no te la comes de milagro, que te despierten otra vez, que ya estabas empezando con el sueño, y que sea para una chorradilla... pues es que a la que sea, es que en ese momento, o sea yo... (se ríe) he tenido situaciones de llegar con la cara desencajada diciendo «pero qué derecho tiene esta persona de venir por esta chorradilla»...

La presión del «monstruo sanitario» puede ser tan dura para algunos profesionales que éstos pueden acabar pasando por **crisis en sus vocaciones**. *Marta*, ginecóloga, ya no puede seguir ejerciendo, ahora mismo está con una excedencia y no sabe si va a volver. La matrona *Maiai* también estuvo un tiempo alejada de la matronería, y finalmente decidió entrar en atención primaria y no en un hospital:

Yo he tardado tres años en volver a estar de matrona, no porque yo haya renunciado a esto, pero sí posiblemente porque yo me quedé un poco como diciendo «esto no era lo que yo esperaba», si yo me quiero dedicar a esto no va a ser ahora, como si yo hubiera sentido que... igual que las mamás que tienen un primer parto y después se bloquean muchísimo y buscan un segundo para parir en sus casas y todo el rollo... yo siento que yo tuve que esperar un tiempo para sentirme que estaba preparada para volver a estar ahí, y en primaria veo que soy super luchadora.

En su momento tuvo que dejar de ejercer como matrona porque no se sentía con fuerzas de luchar contra el sistema:

Es que yo estaba super agobiada, que yo decía «si me produce más adrenalina que oxitocina... ¿qué hago yo aquí?», muchas amigas mías que me conocen, como de antes, no sólo de matrona, y me decían «las mujeres necesitan matronas como tú» y yo digo «pues yo no me siento en disposición de estar ahí en este momento».

Maiai no podía soportar el trato que se le daba a las mujeres, por eso tuvo que dejar de trabajar de matrona durante varios años, hasta que tuvo fuerzas para volver:

Cuando estuve de residente de matrona, algunas matronas mayores hablaron de forma despersonalizada a las mujeres «eres una meona, no sé cuántos, cuando lo estabas haciendo no te dolía», yo he escuchado eso, y eso fue del 2012 al 2014, no hace diez años, y era doloroso, y llegaba a mi casa y mi expareja, que también es matrón, me decía «¿qué te pasa?», yo lloraba y decía «no sé, no

sé», «pero si estás haciendo lo que has querido hacer toda tu vida» y yo «no sé, no sé si me voy a dedicar a esto o no».

También comenta *Maiai* cómo es muy duro no compartir ciertos protocolos y aun así tener que realizarlos:

Claro, que los protocolos yo los compartía, o sea, comparto que esté indicado no explorar antes de cuatro horas, si me dijeran «a todas las primigestas se les realizará una episiotomía de rutina», entonces ahí digo «no, me voy a rebelar», de hecho ahora hubo una polémica por un gran cartel que... te lo mando después... de las técnicas del Materno... entonces hay una denuncia total, porque es como «esto no lo he hecho yo en mi vida, ¿cómo va a pasar ahora?».



Servicio
Canario de la Salud

NORMAS DE ACTUACIÓN EN PARITORIO



Gobierno
de Canarias

Conocer los Protocolos, en especial el de Asistencia al Parto. Justificar su no aplicación, por escrito, en H^a Clínica

Matrona DENTRO deparitorio,
con la señora

AGUA Y JABÓN PARA EXPLORACIONES.
NO LUBRICANTES

Si oxitocina, siempre PIA

Alumbramiento dirigido.
Protección perineal

Tacto rectal postparto,
previo a sutura

EIR y MIR de primer año, SIEMPRE
episiotomía en nulíparas.

Ofrecer los distintos métodos
de analgesia disponibles

Favorecer contacto PIEL con PIEL.
Inicio precoz de la LACTANCIA (AGERIA)

Acreditación periódica en los cuadros
urgentes: Hemorragia postparto,
cesárea urgente, distocia de hombros

Conocer y aplicar Protocolo de
Atención al Parto Normal del SNS

Indicaciones del tocólogo SIEMPRE
por escrito partograma informatizado

Tacto vaginal con 1 dedo.
Exploración con chato

Si dilatación ≥ 4 cm. se debe valorar
siempre la posición de la cabeza fetal.
Si dudas avisar a otro profesional

Alumbramiento y sutura con
asistente adecuadamente vestido.

Realización SIEMPRE de pH de cordón

Favorecer realización de episiotomías
centrales vs laterales.
Favorecer intradérmicas

Personal de TRANSICIÓN presente
en el 100% de los partos

DRAGO E H^a DEL PARTO
CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADO

Asistencia de matronas, EIR, auxiliares, tocólogos
y MIR al cambio de guardia conjunto
en paritorio a las 07:45h

Servicio de Obstetricia y Ginecología
UNIDAD URGENCIAS - PARITORIO - PUEBLO SECO
Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

Agosto 2017

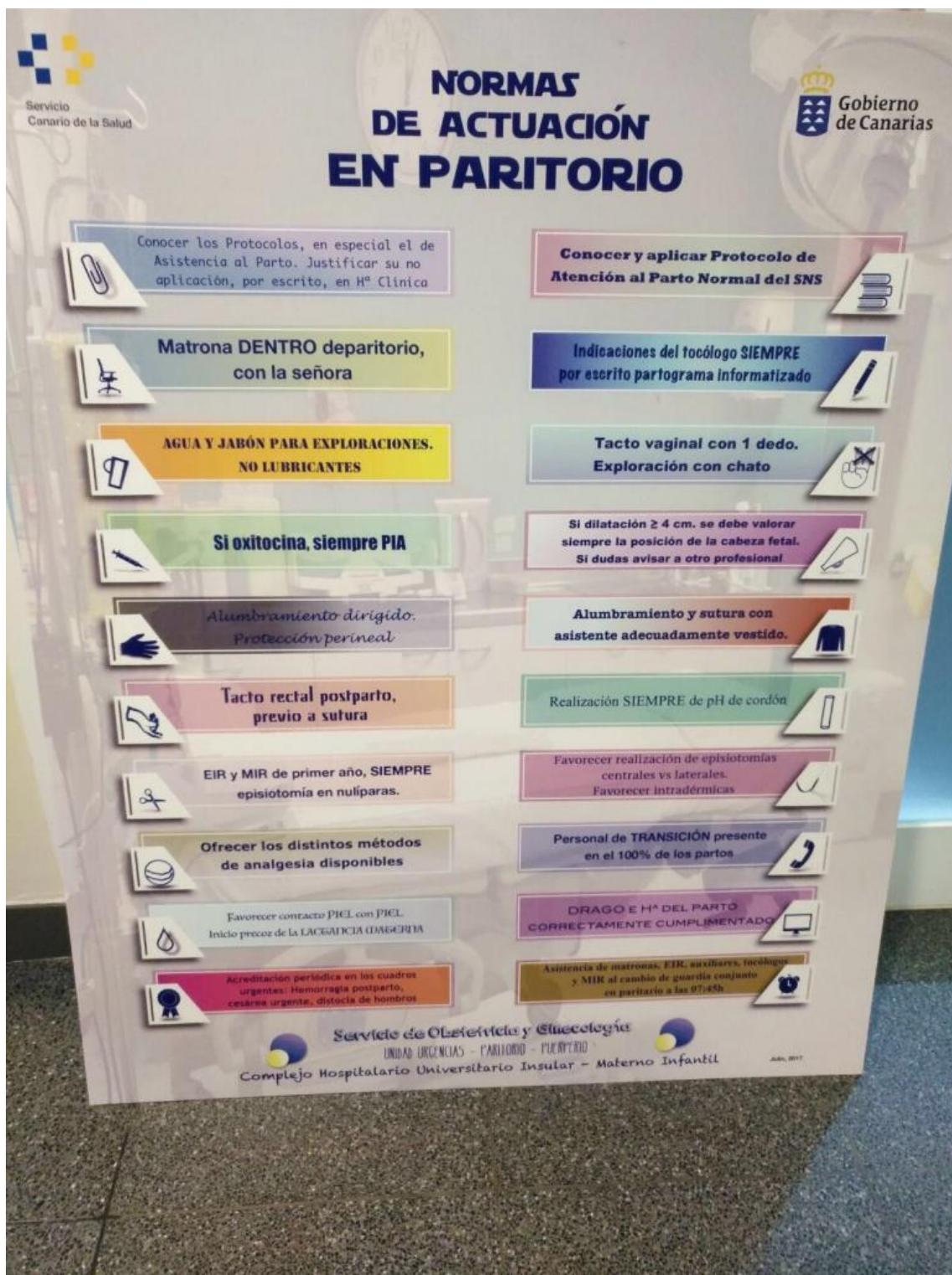


Figura 5.12. Cartel colgado en un hospital canario que contradice pautas de protocolos oficiales en la atención al parto, con frases como «EIR Y MIR de primer año, SIEMPRE episiotomía en nulíparas», a la vez que paradójicamente también indica «conocer y aplicar protocolo de atención al parto normal del SNS».

Cuando la ginecóloga *Savannah* terminó la residencia, y vio que no era lo que ella se había imaginado, pensó en no seguir adelante:

Terminé la residencia, pensé que no quería dedicarme a la ginecología, dije «me apasiona, pero si esto va a ser así, yo no quiero dedicarme a ser médico ni a la ginecología ni nada». [...] Cuando hice la residencia lo que me echaba para atrás era esa frialdad, esa intromisión, ese... ego, ese protagonismo de los profesionales por encima de la mujer o de la familia o del bebé... el poco respeto enmascarado en un «todo esto lo hago sólo para que estés segura, no te mueras ni tú ni tu bebé», algo así. Eso es... me echaba mucho para atrás, entre otras muchas cosas también.

Jjj ejerce como matrón desde los años 80, y él tuvo que reencaminar su vocación hacia los partos en casa, porque al ser varón en aquel momento no era aceptado fácilmente en los paritorios:

Es el resultado de un largo camino que arranca con mi formación en la «antigua escuela» donde aprendimos una práctica mucho más cercana a la mujer y menos soportada en el empleo de tecnología. Después influyó mi condición de ser varón que de nuevo me impedía acceder al paritorio en los hospitales y clínicas de aquel tiempo lo que me empujó a formarme en la psicoprofilaxis obstétrica y por ende a acercarme aún más a conocer los aspectos psico-sociales y culturales imbricados en torno al parto, a replantearme el dolor como algo añadido a nuestra naturaleza por la cultura y las creencias y a desarrollar herramientas para abordarlo sin el uso de sustancias (*primum non nocere*). Todo ello me empujó desde siempre hacia una visión natural, fisiologista del proceso de nacer y de parir y a enfocar mi profesión en acompañar y favorecer este proceso e incluso a no entorpecerlo con mi actuación, mi palabra en incluso mi presencia.

Al, matrón, destaca que quienes se salen del sistema tienen mérito... pero también los que aguantan dentro de éste:

Los que trabajan fuera y se independizan, y trabajan como autónomos, tienen mérito, pero los que trabajan dentro y poco a poco van cambiando también las cosas tienen muchísimo mérito también.

Matrona Empoderada añade que desde fuera del sistema es más fácil:

Y es muy fácil hablar desde fuera del sistema, cuando tú no estás ahí peleando por mejorar las cosas. Ojalá yo pudiera dar una atención una a una y dar un acompañamiento como yo creo que se merecen las mujeres, pero simplemente no me dejan. [...] O te vas del sistema o te quedas en él, ¿no? Y creo que quedarse en él es mucho más difícil que estar fuera de él. Y yo tengo muchas conocidas, amigas, que trabajan fuera del sistema, y que pueden dar una gran atención, pero yo ahora no puedo, no me dejan... pero yo sigo intentándolo.

Para mí éste resulta un punto absolutamente crucial dentro del entramado de la violencia obstétrica: **los profesionales también la sufren**. Porque también se ven obligados a ejercerla, porque forman parte de un sistema que la normaliza, la invisibiliza e incluso la legitima. Y porque llega un momento en el que se dan cuenta de que algo no funciona, de que después de turnos tan largos no se puede ofrecer una atención de calidad, y de que la atención obstétrica está mal construida desde su raíz. Después de «abrir los ojos» de ese modo, muchos profesionales ya no pueden continuar trabajando como si tal cosa, ya que esta escisión emocional entre lo que hacen y lo que quisieran hacer les acaba pasando una gran factura psicológica, teniendo que dejarlo por un tiempo o incluso cambiando de rumbo profesional totalmente.

5.6. DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Dice Casilda Rodrígáñez (2010: 27) que «la dominación y la represión de la sexualidad humana en general, necesariamente tiene que organizarse con una represión muy específica de la sexualidad femenina y de la maternidad». En efecto, como ya hemos hablado, la represión de la sexualidad como mecanismo de control a la población pasa también por la maternidad, que es un acto sexual y sensual, patologizando dicho estado, logrando de ese modo una desconexión total entre las mujeres y sus cuerpos. El patriarcado posibilita esta desconexión, de hecho, la busca, porque así se reduce la sexualidad femenina al coito, a la genitalidad, a la dominación del hombre sobre la mujer. Reprimir la sexualidad exige una sumisión, y la sumisión a su vez exige una sexualidad reprimida: se trata de un círculo vicioso falocéntrico del que difícilmente se escapa.

Reprimir y patologizar van de la mano con la desconexión, así que el cuerpo será visto como algo extraño, ajeno. Como ya hemos visto en el apartado 3.2.2., existe una patologización excesiva en todas las etapas de la sexualidad femenina: menstruación, embarazo, anticoncepción, parto, menopausia, etc. La anulación de las hormonas y la represión de la sexualidad constituyen la estrategia patriarcal definitiva de dominación: el sistema médico ha conseguido usurpar la confianza que antaño tenían las mujeres en la autorregulación de sus cuerpos. El vínculo con el bebé, además, se ve afectado cuando la experiencia del parto ha sido negativa.

Otra forma de control han sido los partos medicalizados, con las mujeres atadas de piernas, en posición antinatural, con rasurado inútil, y con episiotomías que dejan la pelvis condicionada para sufrir incontinencia de orina y de heces en la vida adulta. El miedo y la situación de ser torturada no deja espacio para el deseo y el placer del encuentro con el ser que ha llevado dentro durante meses (Valls-Llobet, 2009: 340).

A lo largo del estudio, las preguntas directas sobre la violencia obstétrica fueron realizadas al final de cada entrevista, tanto a las madres como a los profesionales, para no condicionar el discurso de los informantes. Al final de cada entrevista, nombramos por fin el término «violencia obstétrica».

5.6.1. La opinión de las madres

¿Cómo podemos definir realmente qué es la violencia obstétrica? Una definición sencilla sería explicarla en tanto que violencia ejercida por parte del personal sanitario sobre los cuerpos de las mujeres y su vida reproductiva (principalmente embarazo, parto y postparto), mediante un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y una patologización de los procesos fisiológicos. Pero también podemos observar cómo cualquier tipo de violencia es en realidad una lucha de poder, como define *Nessi*:

Supongo que la violencia obstétrica se refiere a la situación que hay cuando se establece una situación de superioridad e inferioridad respecto al médico-paciente o personal sanitario-paciente de tal manera que cuando hay una diferencia jerárquica entre comillas es más fácil que se establezca un maltrato. Entonces, siempre cuando hay un «ser superior» y un «ser inferior» hay más posibilidades de que se produzca un maltrato, entonces además como la ginecología ha sido mayoritariamente masculina, igual que toda la medicina, yo creo que hay una ausencia total de empatía, y existe un paternalismo también, o sea, sensación de «yo lo sé todo, tú no tienes ni idea» que establece, pues eso, ya está, o sea, que es que cuando hay diferencias, superioridad-inferioridad, ya el maltrato puede ser de cualquier tipo, emocional, físico o los dos. Se produce todo el tiempo en España.

También hay que tener en cuenta que se trata de un tipo de violencia de género, aunque con unas ciertas particularidades, como apunta *Leia*:

Como que estamos tan acostumbrados a que el cuerpo de la mujer sirve para ser una vasija, para... que no pasa nada si se le hace daño en aras de otro bien mayor, que es normal, o sea, es normal que... porque tú eres como el bote de kétchup, y si el bote de kétchup hay que romperlo para sacar el kétchup pues se rompe, y si hay que golpearlo para que salga, pues se golpea, porque tú eres un bote. Y ahora... creo que es cuestión de tiempos, igual que si hace años la violencia de género por ejemplo intradoméstica y todo eso era normal, no se hablaba, los vecinos oían los golpes y se callaban, y ahora está saliendo y hay

cada vez más conciencia y aunque muchas veces no se afronte de la misma forma desde las instituciones, creo que dentro de unos años pasará algo parecido con la violencia obstétrica, o sea, como que hay muchas plataformas, observatorios de violencia obstétrica, está empezando a haber leyes... y además que aquí creo como que actúan con el miedo, o sea, como que disfrazan la violencia de cosas necesarias para salvarte la vida, y para salvar la vida de tu hijo, entonces es una cosa que la diferencia de otras violencias contra la mujer, ¿no? Una paliza que recibe una mujer al final... pues es como muy evidente, está mal. Pero aquí, si a ti te insultan o te dicen algo... «no, es que tú no sabes», ¿no? Otra vez la infantilización de la mujer, el que la mujer no vale, estamos mal hechas... O sea, creo que es más difícil que la violencia obstétrica se empiece a concienciar la gente que de otras formas de violencia, porque al final media la institución médica, que tiene mucha autoridad... Entonces es muy difícil competir contra ellos...

Besly define que hay violencia obstétrica «en el momento en que te bajas las bragas y te meten mano cuando no es necesario realmente o cuando es para que aprenda el de al lado y encima giran sus deditos y te rompen membranas sin avisarte». *Civita* habla de un trato «como al ganado»:

es un poco como que te traten como si fueses ganado, bueno, al ganado tampoco le deberían tratar así, pero bueno, es así, como si fueses una vaca o ganado, que te rajan, te abren, te sacan al bebé, te lo ponen encima, te cierran, y te dicen «venga guapa, p'a tu casa». [...] Le dijo la matrona «¿qué te crees, que esto es como cuando estabas tú ahí con tu marido? De esto te vas a enterar tú muy bien, anda que no te lo pasabas bien, verás ahora, vas a pagar», no sé qué... Yo gracias a Dios a mí eso no me lo han dicho, pero...

CrisVR apunta al factor **anulación**:

Es que te anulan, no sé cómo explicártelo, es la sensación como de que no te hacen partícipe de las cosas, como de que tú estés ahí y tienes que achantar con todo lo que te digan y, bueno, y seguirlo con ese protocolo porque es así y no hay más opción, es lo que dice un médico y parece que si no lo sigues se va a morir tu bebé porque no lo estás haciendo, no sé cómo explicar esto, entonces es como que haces las cosas casi por cumplirlas, sean necesarias o no, y no te dan la opción de participar...

Lucía comenta la **falta de respeto** a las decisiones que una pueda tomar:

Que no respeten tus opiniones, tus decisiones en cuanto a tu cuerpo, y que yo creo que pues te vean como... pues eso... una ficha, un número, un código de barras que es lo que usan en el hospital, y pasen un poco de la psicología, y de la persona.

Maicha, además, destaca que no es sólo en el parto, sino en todo el proceso:

... la gente piensa que es sólo en el parto, no sólo en el parto, es en las consultas, en el ultrasonido... Es cuando te vas a quitar sangre... eres tontita, eres tontita... «Es que son las hormonas, estás muy sensible», ¿sabes? Y sí, hay una cuestión hormonal, pero el criterio es el criterio, y no está bien que me hables de determinada manera, ni... Eso no está bien. Eso está muy permitido, incluso para las mujeres, entre nosotras.

Leia destaca cómo el lenguaje también puede esconder violencia obstétrica:

Y de hecho ya la expresión ésta de los médicos que dicen «pues yo he traído al mundo no sé cuántos niños»... ¿Cómo que has traído al mundo? El bebé lo ha traído al mundo la madre, no sé, si haces una cesárea a lo mejor puedes atribuirte un poco de mérito, pero al bebé lo trae al mundo la madre. Creo que en la universidad se enseña desde la óptica de la violencia, y aprenden desde esa óptica y es muy difícil erradicarla, o sea, y conozco ginecólogos y matronas que han huido de eso y que lo han pasado súper mal, y que han sufrido muchísimo, pero es como el paradigma, ¿no? Es el paradigma dominante, y en cuanto se cuestiona el statu quo, pues arremeten contra ti, eres una loca, eres una hippy... No sé, si existiera alguna legislación... Tampoco confío mucho...

Uno de los mayores problemas de la violencia obstétrica es su **invisibilización** y, con ello, su **normalización**. *Emma* es consultora en temas de salud y género, y explica que la violencia obstétrica sigue todos los patrones de la violencia de género, y que además lo que se ve es sólo la punta del iceberg:

Yo creo que como cualquier violencia que se ejerce contra las mujeres, es invisible. Que luego hay una parte también, claro, que el propio sistema sanitario, que es súper patriarcal, se encarga de que eso no salga, ¿no? Porque quienes la ejercen son ellos, o sea que yo creo que es una cuestión de una relación de poder y un conflicto de intereses entre salvaguardar la instancia profesional que tienen, que no quieren perder, con el derecho a las mujeres a poder decidir, ¿no? Que yo creo que eso es una de las bases de la violencia obstétrica, es que pierdes la capacidad de decisión. Pero claro, para poder tener capacidad de decisión, el personal sanitario tiene que perderla, o sea, tiene que transformarse en alguien que te acompaña en ese proceso, no en alguien que... ni siquiera ceder terrero, como dárte lo, porque es TU terreno, debería estar ahí acompañándote, no imponiendo, ¿no? Y claro, les cuesta mogollón, el personal sanitario... la bata blanca... tiene un simbólico de poder muy alto.

La antropóloga *Chos* destaca cómo se trata de un problema **estructural**:

Es un problema muy arraigado, es estructural, y por lo tanto no es cambiar un protocolo, no es una ley, no es... tiene que ser algo mucho más complejo y yo lo siento, pero me temo que va a ser necesarias generaciones para que eso cambie, porque cambie la propia percepción de la maternidad, del parto, de las relaciones humanas, de las relaciones de género, en fin...

Happymoon expone cómo a nivel cultural cuando nace el bebé la experiencia del parto se queda eclipsada:

Está invisibilizada porque yo creo que como la mayoría de las veces un nacimiento eclipsa al resto de cosas, o sea, el nacimiento de un hijo suele ser algo súper feliz en general, y aunque no lo sea, la gente lo disimula, ¿sabes? Porque es lo que se tiene que sentir (se ríe). Entonces yo creo que por eso, porque la gente está eclipsada por el bebé y por otras cosas, ¿no? Entonces

ahora sí que yo empiezo a ver esas cosas también, machismo también mucho hay por ahí... La educación...

Candela se vio a sí misma presa de este olvido de la vivencia en pos del bebé, como si una vez terminada la experiencia, y teniendo un bebé sano en brazos, hubiera que olvidarlo todo, como si no pasara nada:

Yo recuerdo cuando me quedé embarazada, entonces mi madre, mi suegra, tal, me contaban cómo habían sido sus partos, horrorosos, pero bueno, que hay que decirlo, entonces a ver si hay... si la gente se anima, incluso imagino que habrá mujeres que no le pongan ni nombre, que piensen lo mismo que he pensado yo casi siempre toda mi vida, hasta que me ha tocado a mí. Vivimos felices en la ignorancia, y hay que decir, ¿hasta cuándo? Alguna vez hay que darle la vuelta, y hay que decir «oye, chica, quítate la máscara y mírate a ti misma y piensa en lo que te ha pasado y llora lo que tengas que llorar», y ya está, porque tampoco, si no hacemos... Yo recuerdo a una chica, no sé qué tiempo tendría mi hija, yo recuerdo que me dijo «¿y qué tal?» y yo «bien, tal, el parto», y luego recuerdo que me dije «estoy gilipollas, ¿pero qué estoy diciendo?», o sea, como ha sido vaginal, y a mí no me han hecho cosas gordas como un Kristeller, cosas así como más... más vistosas por decirlo así, pues como no te ha pasado nada de eso, ya está, ¿no? Pero es que no. Que no. O sea, en el momento en que la voluntad de una persona se pisa, se pasa por encima de ella, pues es que ya está, eso ya es violencia, y podemos hablar de los partos o podemos hablar de la crianza de los niños o podemos hablar de 200.000 cosas en las que pasa esto, lo que pasa es que es complicado también, y querer enfrentarte a ti misma y verlo, y a los de alrededor, ¿no? Pues decir «hombre, que no, no me he sentido apoyada, o no me ha gustado, o no tienes razón», y ya está, pero bueno, hay que hacerlo.

Amanda opina que está totalmente validada, instalada y hasta justificada. Normalizar la violencia resulta tremadamente peligroso, porque entonces se convierte casi en algo **lícito**, como expone *Adriana*, que al final resulta como «aquella persona que es maltratada toda su vida y como es lo único que ha vivido piensa que eso es lo normal». Desde luego, el no saber cómo va a ser tu parto porque **el trato al paciente es totalmente azaroso**, dependería de que tengas suerte y de que te toque un profesional partidario del parto humanizado o no, es también una forma de violencia, porque no se garantiza un acceso equitativo a un parto respetado. *Mrg78* cuenta que:

Yo de hecho he tenido que buscar una alternativa precisamente por lo generalizada que estaba la violencia obstétrica, o sea, no tenía ningún otro sitio que acudir, y mi única forma de librarme de ello ha sido pagando, yo he tenido que pagar para que no me hagan daño, para que me respeten he tenido que pagar, lo cual, aunque yo lo estaba haciendo, yo no estoy de acuerdo con eso. [...] Desde el momento en que yo te tenido que pagar para poder tener derechos, ¡eso ya es violencia! Es que yo misma ahora tengo otras circunstancias, yo ahora no tengo ese dinero, porque era el dinero que tenía porque tenía una póliza que tenía esa cosa cubierta, o sea, yo soy la misma

persona, tengo el mismo trabajo, no me he quedado sin trabajo, no me ha ocurrido nada grave, simplemente en mi trabajo esa póliza ha dejado de existir, entonces yo ahora mismo no tendría acceso a lo que tuve hace cuatro años, entonces ha sido... claro, es una violencia porque he tenido que comprarme, he tenido que comprar algo que es mi derecho.

Ese trato a la paciente tan imprevisible también es uno de los motivos por los que *Clara* decidió parir en casa:

Es una de las cosas que también me ha hecho parir en casa, sobre todo porque para evitarla hay que estar peleándose en el hospital, y yo en el momento de parir yo no quería estar peleando, yo quería estar pariendo. Yo creo que va a depender de quién te toque y también va a depender un poco del centro, o sea, hay centros que son muy intervencionistas en tus protocolos, sobre todo los hospitales muy grandes, que tienen mucha gente, o sea, en España he escuchado a la gente, y cuanto más grande el hospital, más escucho historias.

Civita piensa que el «factor suerte» debería eliminarse:

Es como que está muy asumido, como que está muy asumido que eso te pueda pasar, lo que te he dicho yo de la matrona, que tienes suerte, no debería de ser suerte, deberían de ser todas así o lo más parecidas posible a esa persona, sin embargo yo creo que está asumido que de eso no se habla...

Jable comenta cómo el **cansancio de los profesionales** influye en el tratamiento a los pacientes:

Pero se da porque el personal sanitario no piensa en el paciente sino que piensa en su comodidad. Porque están cansados, porque son horas de trabajo largas, porque a nivel sanitario yo veo que psicológicamente tiende a ser normal, lo que te decía antes, que no empatizan, como que se ponen un impermeable. Yo lo entiendo, ¿eh? Yo lo puedo llegar a entender, pero a la hora de sacar a un niño con fórceps, con ventosa, hacerte una episiotomía... y hay episiotomías que son auténticas barbaridades, son cesáreas vaginales, vamos... Ya no es sólo la episiotomía, es luego reconstruirte, yo tengo dos amigas que se han tenido que ir a Sevilla a reconstruirse, ¿sabes? Entonces, en ese sentido pues sí, sí se da. Yo creo que cada vez se da menos, pero porque las madres ya tenemos más información.

Aunque la violencia obstétrica pueda resultar extremadamente frecuente (ver punto 4.3), al estar invisibilizada y normalizada, el término le es desconocido a la mayoría de la población. ¿Cómo puede ser que algo tan frecuente se encuentre tan escondido? El día en que le fui a realizar la entrevista a *Nessi* al centro de salud en el que trabaja como pediatra, me contó que les había preguntado a sus compañeras sobre si conocían el término «violencia obstétrica»:

Pues le acabo de preguntar a mis compañeras cuando les he dicho que venías, le he preguntado a mis compañeras pediatras, y se han sorprendido un montón,

o sea, que imagínate. Y cuando les he dicho la definición, han dicho «pues sí, claro, efectivamente». Pues porque está normalizado, igual que el maltrato a los niños, es algo que está normalizado, se normaliza, se piensa que es normal, y como se piensa que es normal, pues no se puede... o no entender, o ver. O sea, hay que abrir los ojos.

Varias mujeres me realizaron esa misma comparativa, de la violencia obstétrica con el maltrato hacia los niños, que efectivamente también se encuentra terriblemente normalizado, porque se esconde bajo la peligrosa etiqueta de «educar a los niños»: Por ejemplo, *A. Gentileschi*:

Igual que la violencia hacia los niños. Si no viviéramos en un mundo adultocéntrico, la violencia a los niños no pasaría desapercibida.

De nuevo, *Nessi* me habló del tema:

Hacia los niños hay mucha violencia, más que la obstétrica, probablemente, y eso está totalmente normalizado, yo alucino, veo cada cosa que alucino. Y yo lo he ejercido con mis hijos. Alguna vez les he insultado, «inútil», o «qué torpe» o cosas así, y yo me he sentido luego muy mal, pero está tan integrado en la sociedad y dentro de uno mismo que luego salir de ahí muy difícil.

Chos me contó una anécdota de cómo cuando el dieron el alta a su hija de neonatos sintió que la habían «domesticado»:

Me dijo, el día en que entré a por la niña «bueno, la tenemos ya educadita, ¿eh? Vosotros nada más que tenéis que seguir haciendo lo mismo, darle el pecho cada tres horas, igual que aquí, si no os lo vais a cargar», tú date cuenta... qué triste. Niños que habían estado solos, sin los brazos de sus padres, y te parece que eso es lo guay, ¿no? Y que a ver si se lo vamos a estropear. O sea, cosas así, pero tú ya en ese momento eres un cacho de carne y lo que quieras es irte a tu casa con tu bebé, porque llegar a dormir a una casa sin el bebé es una situación.

Claudia cree que, aunque no se conozca el término «violencia obstétrica» como tal, si se explica al final la mayoría de las mujeres que han pasado por un parto entenderán de qué se habla:

Sí, sí, una forma de violencia horrorosa, cebándose con una persona cuando está en un momento muy particular, muy sensible y muy bajo. Estoy de acuerdo en que seguramente la mayoría de la gente no sepa lo que es el término, pero yo estoy convencida de que juntas a unas cuantas madres y aunque te digan que el término no lo saben aplicar, si rascas yo estoy convencida de que sí, luego hay otra gente que no, que va muy contenta a todo lo que le hagan, y bueno, luego ellas son más felices que yo que me creo tan lista y tan esto, luego ellas están contentísimas con sus cesáreas programadas y con sus hacerle caso a todo y entrar por el aro de todo. Y luego también hay gente con secuelas, porque yo estoy bien, perfectamente bien, pero hay gente con secuelas físicas y psicológicas súper importantes.

Sayenas cuenta que a veces pasan años hasta que consigues comprender que lo que viviste fue violencia obstétrica, al igual que *Júlia*, que se sintió mal después del parto y al principio no sabía por qué, pero que según fue investigando comprendió lo que había sucedido y se fue transformando en rabia hacia el hospital. Desde luego, casi todas destacaron que se trata de algo **muy frecuente**. Así, según *Kalí*:

Aunque ninguna mujer sepá lo que es la violencia obstétrica, la sufre, la puede sufrir en cualquier momento de sus vidas, entonces... bueno, pues opino que sí, que existe, que es la violencia hacia las mujeres más silenciada y más permisiva que hay... aunque todas se permiten, pero ésta es la que más se permite... y pienso que todas las mujeres lo hemos sufrido, y lo vamos a sufrir, y ojalá que no... Las que van a decidir que no quieren tener hijos, igual no se llama violencia obstétrica pero se llama violencia ginecológica, pero incluso esas mujeres lo van a sufrir. Se sufre todos los días, a todas las horas, en todos los momentos, o sea, ¿cuántos niños nacen en España a cada minuto? De esos niños... ¿el ochenta por ciento, el noventa por ciento? No lo sé... Pero en todos los momentos.

Amanda dice que «hay mucho maltrato y no se ve»:

Si lo pienso la mayoría de las mujeres que he conocido ha sufrido con su parto... Y hablo de mujeres en el espacio de mi trabajo, que había todo tipo de mujeres, con sus *backgrounds*, lo que fuera, todo diferente, no es que estoy hablando de la misma tribu urbana que comparte sus experiencias comunes. Hay mucho maltrato y no se ve, se queda tapado. Para mí que hay que cambiar la visión de los hospitales.

El momento más duro fue cuando le pregunté a las madres si ellas sentían que habían sufrido violencia obstétrica, en mayor o menor medida. De las 37 madres que entrevisté, sólo dos dijeron que no sentían haber pasado por violencia obstétrica (una de ellas parió en su casa y otra tuvo un parto en una unidad de parto humanizado), y una tercera madre no estaba totalmente segura... Cabe destacar el caso de *Jable*, a quien cuando le realicé la pregunta le cambió visiblemente el rostro, como si justo en ese momento se diera cuenta.

Alexia, por ejemplo, contaba que:

El tratamiento rudo, no te dan elección, hacen lo que quieren contigo, y tú eres ahí un cacho de carne que básicamente te sometes. [...] Me da un poco la impresión de que lo que tú digas es un segundo plano. Es lo que ellos crean, según cómo ellos lo vean, pues ya tú puedes decir algo o no. Pero siempre va a prevalecer lo que opinen ellos. [...] Tú llegas ahí, te despatarras, te meten espátulas, te cortan, te hacen, y no te dicen nada, no te informan, se llevan a la niña, no te dicen nada... Entonces sí que te sientes un poco desprotegida y un poco «estoy aquí, y hacen conmigo lo que quieren y yo no puedo decir nada». Yo creo que en parte sí he sufrido violencia obstétrica.

Kalí me explicó que en su caso además hubo otras violencias implicadas:

He sufrido violencia obstétrica, machismo como todas las mujeres, racismo como todas las mujeres racializadas, y antitanismo como todas las gitanas.

Nausicaa me puso un ejemplo de cómo le hicieron sentir que no colaboraba lo suficiente:

¡Y me llamó flojucha! ¡Flojucha! Digo «mira que me han llamado cosas en la vida, pero flojucha...», y me dice «si te pones así, es que no te veo el parto» y yo «me cago en la hostia», que no ayuda a una embarazada por primera vez... me han llamado muchas cosas, pero flojucha, flojucha, yo creo que no me han llamado nunca, porque soy grandota, fuerte... Lo pienso y me río, pero... tiene huevos...

A *Alexia* le hicieron sentir como que no se esforzaba lo suficiente:

A mí, casi no puedo decir nada porque si te quejas que no puedes más es que eres débil y no te esfuerzas, y el trato que te comentaba de la ginecóloga que no me parece un trato normal para una persona que está en esa situación, y después el hecho de «no te informo, meto, saco, y hago con tu cuerpo lo que buenamente me parece oportuno y ya si eso después te doy a la niña y te quedas calladita».

La violencia obstétrica es algo muy común: mi teoría personal es que todas las mujeres sufriremos violencia obstétrica en mayor o menor medida en algún momento de nuestras vidas. Dentro de la violencia obstétrica, juega un papel importantísimo el miedo: el miedo como arma de manipulación, el miedo al dolor del parto, el miedo a que algo salga mal. El miedo al dolor del parto es cultural; así, en las culturas donde más desvinculadas estén las madres de sus propias sensaciones y más a expensas de los profesionales de la salud, mayor será ese miedo (ver punto 5.7.1.).

En Occidente, el inconsciente colectivo está profundamente marcado por el mandato bíblico «parirás con dolor», y las imágenes que se ofrecen en los medios de comunicación no ayudan precisamente a comprender que el parto es un proceso fisiológico y perfectamente normal. Sólo si accedemos a información veraz y contrastada de cómo es un parto normal, no medicalizado, podremos superar ese miedo a lo desconocido, profundamente condicionado por la cultura. El miedo genera adrenalina, y la adrenalina es contraria a la oxitocina, que a su vez es necesaria para el adecuado progreso del parto (Lederman, 1978). Si tenemos miedo, el parto puede no progresar adecuadamente, pueden pararse las contracciones, además que el mantener el cuerpo

en tensión a causa del miedo multiplica las sensaciones de dolor, convirtiéndolo en sufrimiento:

La que está preparada espera y sabe lo que va a pasar y lo que tiene que hacer en cada etapa de su embarazo y de su parto. Cuando el momento llega, obra con arreglo a sus conocimientos, ayuda a su organismo y da a luz felizmente y sin dolor. La no preparada no sabe exactamente lo que pasa en su organismo cree que su vida y su salud están en peligro, se asusta y el miedo crea un desequilibrio cerebral que provoca el dolor (Ruiz Vélez-Frías, 1955: 6).

5.6.2. La opinión de los profesionales

Dentro de este marco conceptual, donde vemos que partimos de una concepción de determinismo biológico de la medicina, donde hay una enorme desigualdad de base... ¿cómo no va a surgir la violencia obstétrica? Si los profesionales ven los cambios fisiológicos en los cuerpos femeninos como algo patológico, si consideran que la desconexión de las mujeres con sus cuerpos es lo deseable, si éstas no son sujetos sino objetos, si no se las permite responsabilizarse de sus propios cuerpos, de sus sensaciones, de su salud... ¿cómo no va a ser éste un estupendo caldo de cultivo no sólo para todo tipo de discriminaciones de género, sino sobre todo para toda clase de violencias más o menos silenciadas?

Podemos distinguir entre tres tipos de razones principales que llevan a los profesionales a la violencia obstétrica (Olza, 2014):

- **Razones profesionales** (económicas, miedo a demandas, etc). Económicamente, en la sanidad privada, un médico cobrará más en un parto con más instrumentalización que en uno con menos. Además, las cesáreas pueden acortar notablemente la duración de un parto. La tentación de cobrar más por trabajar menos tiempo puede ser alta en muchas personas. En palabras del catedrático Antonio Pérez (Quiñonero, 2002):

La coacción psicológica que veladamente puede ejercer el médico en su beneficio constituye una grave falta ética. Pues con engaño busca obtener autorización para adelantar un acto que a la luz del conocimiento científico implica un riesgo innecesario.

Por otro lado, la inmensa mayoría de las demandas médicas en los juzgados son por «no hacer», con lo que la medicina tiene una tendencia natural a intervenir

en exceso, cuando a veces lo indicado es precisamente no intervenir, como ya hemos visto.

- **Razones personales** (prejuicios, ignorancia). En palabras de Ibone Olza (2014: 81):

Si los profesionales no tienen un espacio de apoyo donde abordar este aspecto iatrogénico⁷¹ de los cuidados pueden entrar en una espiral de medicalización creciente como única estrategia defensiva. Entonces el parto se percibe como un suceso muy peligroso, «una bomba de relojería a punto de estallar», sin que los que lo atienden lleguen a ser conscientes de cómo la cascada de intervenciones innecesarias desencadena la iatrogenia dando lugar a más intervencionismo, más riesgo y más dolor.

Además, los profesionales pueden no tener suficiente formación en cuanto a los aspectos emocionales del parto, con lo que a esa cadena iatrogénica habría que sumar una incompetencia más o menos evidente para manejar el lado psicológico y emocional de las parturientas.

- **Razones físicas** (cansancio, *burnout*, turnos muy largos). Está demostrado que los profesionales «quemados» atienden peor a los pacientes, generando un trato aún más deshumanizado. Por ejemplo, un estudio realizado en Barcelona con 162 residentes de la especialidad en ginecoobstetricia mostró una prevalencia de 58 % de síndrome de desgaste profesional (Mingote y Pérez-Corral, 1999). España es además un país con una gran tasa (30 %) de *burnout* en médicos en general (Alcalá, 2017). Ya vimos en el apartado 5.5.5 la gran importancia que tienen el cansancio y el *burnout* dentro de la calidad asistencial.

¿Qué opinan los profesionales de la violencia obstétrica? *El Cid*, ginecólogo, dice que:

La paciente fanática ve humillaciones e insultos en todo lo que no sea como ella piensa, sin darse cuenta que a su vez ella puede llegar a insultar con la pretendida defensa a ultranza de sus ideas.

⁷¹ Iatrogenia (del griego *iatos* –médico y *genia* –origen) es el daño producido por una droga o procedimiento médico o quirúrgico, que el médico administra o realiza en el contexto de una indicación médica correcta. En este sentido se diferencia claramente de la mala praxis, que alude a una práctica médica inadecuada.

Indie Matrona opina que debería existir algún sistema fiable de medición de la atención obstétrica:

Puedes medir cuándo se ha puesto un antibiótico, pero no puedes medir si la persona que está atendiendo el parto o el ginecólogo es empática o no, entonces si se pudiera medir de alguna forma... que por eso por ejemplo en los privados es más fácil, porque luego te mandan un cuestionario para que rellenes muchos aspectos, entonces como el profesional sabe que se manda un cuestionario y que una de las cosas que se valora es la amabilidad, se tiene amabilidad. En cambio cuando en los lugares... en los centros públicos, que das por sentado que porque estás en un público estás ahí siempre y no te van a echar... se olvida más este aspecto.

También destaca cómo las mujeres que abandonan la jerarquía tácita entre profesional y paciente pidiendo que se respeten sus decisiones crean **inseguridades** en los profesionales, porque se les está pidiendo que abandonen su zona de confort, su guion protocolario preestablecido: «yo, sabe de lo que habla, cuidado, que si saben de lo que hablan van a juzgarme». Para la matrona *Luna*, lo más grave es su **normalización**:

Así que claro que sé qué es la violencia obstétrica, y desgraciadamente sí, aún a día de hoy existen demasiados casos de violencia obstétrica en los partos, es demasiado común, y como te decía antes, está invisibilizada y normalizada. Esto es lo más grave de todo.

La matrona *Mar* la define así, y añade lo desconocida que resulta para la mayoría de la gente:

Diríamos que es un tipo de violencia de género que hace referencia a la apropiación del cuerpo de las mujeres y de todos sus procesos reproductivos por parte de profesionales sanitarios. Por ejemplo... bueno, esto puede ser tanto durante el embarazo, el parto, el postparto, que es lo que estamos hablando ahora, pero también estaría en otros procesos reproductivos, incluso la menopausia, la menarquia, la misma menstruación... Esto se puede reflejar de diferentes maneras, por ejemplo, con un abuso de la medicalización en el parto y una patologización de todos los procesos fisiológicos de la mujer.

[...] A mí personalmente esta violencia me duele muchísimo más cuando es ejercida por una mujer, o sea, ¡una mujer ejerce violencia de género sobre otra mujer! ¿Por qué es desconocida? Bueno... pues precisamente hoy sale un artículo en un periódico balear de una periodista que me llamó esta semana y le respondí a esta pregunta, a esta misma pregunta: «no, si sales a la calle y preguntas a la gente qué es violencia obstétrica te van a mirar como si fueras una extraterrestre o algo parecido», incluso yo le comentaba a ella que si yo digo «hay violencia obstétrica» me dirán «¡anda, anda, pero qué dices, no digas tonterías, no te pases, violencia, violencia!», claro, depende del concepto que tengas de violencia. Entonces el problema que hay con la violencia obstétrica es que es ejercida por profesionales sanitarios, entonces al ser ejercida por profesionales sanitarios y sobre todo médicos, es impensable que un profesional sanitario o un médico pueda ejercer violencia. Es lo que nos han enseñado, o

sea, es el modelo de salud que tenemos, los médicos, los profesionales, son los que saben, y nosotros tenemos que delegar nuestra salud y... bueno... casi que hacernos sumisas a lo que decidan, ¿no? Entonces, claro, es... por parte de la población en general o de la sociedad en general... es impensable que un profesional sanitario pueda ejercer violencia.

El ginecólogo *Mickey Mouse* comenta que la violencia obstétrica se encuentra en muchísimas prácticas:

Yo es que he visto partos de matrona encima de la paciente diciendo «¡deja de gritar, histérica!», eso es violencia obstétrica. O hacer una episiotomía de rutina, eso es violencia obstétrica, si no está justificada no hay que hacerla. También hacer una cesárea de difícil justificación, como te he comentado antes, eso es violencia obstétrica. Entonces... el echar a una paciente de la consulta porque te presenta un plan de parto, eso es violencia obstétrica.

Marta es ginecóloga y explica cómo en su aprendizaje durante la residencia, la violencia iba incluida, es decir, desde la base de la formación ya se normalizaba:

Tú vas allí y te enseñan la profesión, con lo cual todo lo que haces pues lo ves que eso es así y ya está, entonces te empiezas a acostumbrar a esa violencia, ¿no?, que hay, porque... yo he visto cosas... la verdad es que ahora las pienso y yo no sé cómo he podido ver eso y no hacer ni decir ni... nada. Incluso seguir haciendo las cosas como si tal cosa, como... no sé, hasta llegar a ver hacer...por ejemplo, el jefe que está ahora, que es por el que ya finalmente me he tenido que ir porque ya llegaba la cosa a niveles de acoso laboral, este hombre yo le he llegado a ver hacer un tacto vaginal diciéndole a una chica que decía «ay, ay», se quejaba, ¿no? Entonces le dijo «¿le han dicho alguna vez, señora, que es usted una petarda?», le dijo eso mientras le hacía un tacto vaginal, se quedó la chica... así callada y todo el mundo nos quedamos así...

También confiesa que ella ha ejercido violencia obstétrica:

Eso lo he vivido yo, yo es que he conocido una obstetricia que... cuando digo... me quejo de lo de ahora, pero es que, joer, lo de antes... era mucho peor, o sea, que sacaban al bebé, sacábamos, porque yo también he ejercido esa violencia, por supuesto... pero yo por ejemplo en aquella época no tenía ni idea, claro, entonces yo no sentía que estábamos haciendo nada malo, y yo incluso lo veía al revés, «pues mejor, porque así descansa, no sé qué», lo que te crees, ¿no? Claro, hasta que luego tú eres madre y ves lo que es eso, ¿no? [...] Y yo misma te estoy diciendo que he ejercido la violencia obstétrica, pero porque sé que te lo puedo contar, pero eso cómo lo voy a decir yo por ahí, cómo voy a decir «yo he sido violenta obstétricamente», es que date cuenta, eso no es una cosa que... que tú puedas decir así abiertamente. No sé. Es como poner las vergüenzas ahí delante del personal. Aparte que tú cuando has hecho eso no eras consciente de tal cosa, entonces... claro, yo por eso ahora lo puedo contar, ¿no? Pero así de entrada, te hablan de... y tú eres consciente de que tú no eres una persona violenta, tú eres consciente de que tú vas a trabajar y hacer las cosas bien, y cumplir los protocolos y cumplir tu trabajo, ¿cómo vas a decir soy una violenta obstétrica? Eso es reconocer cosas chungas, y una vez que las reconoces tú dices «ah, es que yo no era consciente, tal», pero ahora qué, ¿le vas a decir a la gente

«yo he hecho violencia obstétrica»? ¿Cómo vas a decir eso? Es una violencia ya institucional y está metida dentro y la violencia simbólica es invisible, no la ves. [...] La violencia obstétrica no es que tú eres violento y dices «no, es que quiero putear a las mujeres», no es que tú la ejerces pero tú no sabes que la estás ejerciendo, es que es más, cuando tú vas a parir haces lo mismo contigo misma que lo que has hecho con otras, entonces es una violencia muy difícil de quitar porque está totalmente interiorizada en todo.

La ginecóloga *Savannah* llora al pensar que ella también pueda ejercerla sin ser consciente:

La violencia obstétrica sí que me da miedo porque a veces digo... está tan normalizada que a veces no sé ni siquiera si yo la practico, o sea, con eso te digo todo. O sea, y ahora me pongo a llorar (llora), se produce a cada minuto en España. O sea, sin ninguna duda. [...] O sea, a mí tampoco me gusta ir a un ginecólogo y que me deje destapada, aunque yo no tenga pudor, pero es como... no sé, es como mi intimidad, mi posición de indefensión, y de repente ahí como todo expuesto y no me explicas, es como «ahí me toca quien yo quiera, no tienes ningún poder para tocarme ahí ni en ningún sitio, vamos».

Marta dice que cuando empiezas a ser consciente de la violencia obstétrica, todo cambia (en su caso, tuvo que dejar de ejercer), y que es algo de lo que no se habla:

Porque quienes nos damos cuenta no somos capaces de hablarlo. Porque cuando te das cuenta te das cuenta de que la has ejercido tú misma, entonces primero tienes que pasar una especie de duelo, de decir «hay que ver, qué mal he trabajado» y luego dices tú «¿y ahora cómo le digo yo esto a mis compañeros, esto que yo veo?, si es que me van a decir que me han comido el coco por ahí, que me he vuelto majara», entonces es una cosa que no sale de ahí, por eso.

Matrona Empoderada opina que parece que no se habla de violencia obstétrica porque existe un gran tabú a su alrededor.

Las mujeres no hablan de ello, los profesionales tampoco, a algunos no les interesa... algo ha leído en algún link... pero a algunos no les interesa, porque sobre todo, si tú eres el que la ejerce, mejor que siga sin saberse que eso ocurre, eres el agresor. Si tú eres la víctima, a veces eres muy vulnerable, las madres son muy vulnerables y no saben cómo llamar a eso que les ha ocurrido, no saben que eso no está bien y que es denunciable, muchas veces no lo saben... y también porque no hay herramientas para combatirla. Creo que porque no quieren que las haya.

Matrona Empoderada añade que **la violencia obstétrica también afecta muchísimo a los profesionales** concienciados que quieren erradicarla. Así, muchos se ven obligados a abandonar la profesión, otros incluso desarrollan síndrome de estrés postraumático al igual que las pacientes (Olza, 2014), otros se sienten permanentemente conflictuados:

Quiero añadir que... creo que a mí y a muchas compañeras esto nos pasa mucha factura a todos los niveles (llora), porque tú tienes una herida ahí que no sabes cómo curar, entonces estás continuamente luchando contra ella, y te afecta mucho en tu vida personal, incluso en mi vida de pareja y mi familia, porque tratando de sanar esta herida... bueno... te crea muchos conflictos el tema de la violencia obstétrica, en el hospital, en el trabajo...

El ginecólogo *Smiling Caballero* no acogió de buen grado en un primer momento la pregunta sobre violencia obstétrica:

Mi opinión de la violencia obstétrica es que es un insulto al profesional, porque... porque es una forma de expresarlo, de expresar algo dando a entender que el profesional es un... es un ser opresor, dominante, que está... en fin... que está abusando de su poder... Lo que en realidad es cierto, es verdad, hay un abuso de poder, pero es que también hay un abuso de exención de responsabilidad por parte de las madres, entonces es un poco la otra cara de la moneda, si queremos llamar a esto «violencia obstétrica» tenemos que asumir, de verdad, de una vez por todas, que la responsabilidad de las decisiones es de la mujer.

La ginecóloga *Yogui* también se tensionó mucho con la pregunta, mostrándose a la defensiva:

Pues mira, la verdad, sinceramente, a mí también me gustaría saber qué es eso de la violencia obstétrica, porque no sé muy bien a qué te refieres, yo desde luego me puedo imaginar, por supuesto, por el nombre que tiene, qué es lo que quiere decir pero... no creo que se realice de manera habitual ni sé a qué se refiere la gente que habla de la violencia obstétrica como violencia obstétrica (risita), estaría bien que una persona que opine que existe la violencia obstétrica y que la quiere definir... pues que hablara directamente conmigo y me lo comentara, ¿no? para... igual no tenemos la misma opinión... la verdad es que me sorprende bastante esta pregunta, no creo que haya muchos ginecólogos que puedan opinar al respecto.

También indica que los profesionales podrían sentirse igualmente agredidos por los pacientes en otras ocasiones porque no acuden a las citas:

Muchas veces piden una cita y la cancelan y la cambian para otro día y no avisan, y vienen durante todo el embarazo y en el último momento dan a luz en otro centro y a veces casi ni avisan o vienen luego a la revisión postparto y no nos habían dicho nada y nosotros nos preocupamos mucho por nuestras pacientes, o sea que te diría que incluso a veces podría decir que al revés, ¿no? Nosotros nos podríamos sentir agredidos por esta situación... y desconfianza de las pacientes porque... bueno... a nosotros nos gusta hacer nuestro trabajo bien, en nuestro hospital nos tienen muy en cuenta cómo hacemos las cosas y realmente somos el hospital privado de Madrid que tiene una tasa de cesáreas más bajas.

Concluye *Yogui* con:

No creo que actualmente se pueda hablar de violencia obstétrica, por lo menos en el ámbito en el que yo me muevo, que somos todos ginecólogos medianamente jóvenes y que procuramos hacer las cosas bien hechas.

Curiosamente, también existe la opinión de que, si bien las matronas jóvenes están más enfocadas al parto fisiológico, muchos ginecólogos jóvenes son más intervencionistas por falta de experiencia:

Entre los factores que explican por qué su autonomía realiza tantas intervenciones cita un «cambio generacional» en los ginecólogos. «Los jóvenes son menos propensos al natural que los de otra generación, con más experiencia», señala. Algo que coincide con el hecho de que haya aumentado la «judicialización de la medicina» y que «nadie se complique la vida». Además, está el «bombardeo mediático de que la cesárea es lo mismo o incluso mejor» que el parto natural (Sevillano, 2013, en fragmento de entrevista al director del Servicio Extremeño de Salud).

Smiling Caballero apunta algo muy interesante: la relación entre violencia obstétrica y efecto nocebo. Concretamente, la medicina defensiva sería la causante de este efecto.

La violencia obstétrica también está muy relacionada con el efecto nocebo, entonces toda la gente sabemos lo que es el efecto placebo, que es el hecho de que un médico, porque te transmite confianza, ayuda a que tú por ti misma te cures, y el efecto nocebo es exactamente lo mismo pero al revés: si yo a ti planto un consentimiento informado y te explico uno por uno todos los riesgos de todo lo que te puede pasar en tu parto, porque quiero protegerme de que no me vayan a poner un juicio... estoy haciendo un efecto nocebo muy claro sobre ti emocional, porque te estoy llevando a pensar en cosas que es muy poco probable que pasen y que no tendrías por qué peinar, pero te estoy obligando a que pienses, oye, que tú podrías... Tú vas a pensar «joder, es que es verdad, es que podría quedárseme el bebé encajado, lo mismo estoy mal hecha, a lo mejor mis caderas son estrechas, a lo mejor viene en una posición rara, a lo mejor se va a enredar el cordón en el cuello, a lo mejor se va a enredar el cordón en los brazos, a lo mejor se va a desprender la placenta, a lo mejor la placenta va a estar un poco... va a estar previa y va a haber un problemón ahí y un sangrado...»

Cuando pregunté a los profesionales sobre la violencia obstétrica, me encontré con dos tipos de respuesta: los que se ofendieron por la pregunta, indicando que se trataba de algo que no sucede en España (cuando los datos del Observatorio de Violencia Obstétrica indican lo contrario, por ejemplo), y los que admitieron sin tapujos su existencia, llegando incluso a confesar que ellos mismos se han visto obligados a ejercerla. Lo que sí me resulta importantísimo es resaltar que la violencia obstétrica no sólo victimiza a las mujeres, sino **también a los profesionales**, que se ven obligados a ejercerla, muchas veces inconscientemente, a causa de que el sistema médico androcéntrico la convierte en algo lícito. Es lógico que, en este contexto, muchos

profesionales se hallen absolutamente conflictuados desde el momento en el que abren los ojos y se dan cuenta de que están ejerciendo prácticas inapropiadas, porque una vez toman conciencia sobre el problema ya no pueden mirar hacia otro lado, no pueden seguir violentando más cuerpos femeninos como si no fuera con ellos, no pueden seguir cosificando y convirtiendo a los sujetos en objetos.

5.6.3. Violencia obstétrica y machismo

Puesto que la violencia obstétrica es violencia de género, el machismo estructural estará presente en su interior. Por eso está invisibilizada, según A. Gentileschi:

Está invisibilizada porque somos mujeres, porque somos ciudadanas de segunda, porque lo que nos pasa a nosotras no es relevante políticamente, porque igual que el duelo perinatal no es relevante políticamente, nos pasa a nosotras, y el espacio de la mujer siempre ha sido el espacio doméstico, entonces lo que nos pasa a nosotras se queda relegado al espacio doméstico, no al espacio político... ¡todavía!

Ángela también opina que lo que afecta a las mujeres se trata siempre como un asunto de **segunda categoría**, y eso se ve claramente en la práctica de la medicina, muy androcéntrica. Y si la medicina es androcéntrica, se medirá todo con el patrón del hombre como sujeto, prosigue Ángela:

Desde el momento en que no se te pide tu opinión en casi ningún aspecto, me parece violencia ya, ¿no? Todos como los corderitos al matadero, es lo que hay, y no hay discusión, creo que eso ya es violencia. Y hay una violencia estructural para las mujeres en este sistema patriarcal, pero en la medicina hay una violencia contra las mujeres, desde el momento en que no... todas las pautas, los diagnósticos, todo lo que conocemos, son el patrón de los hombres, y a nosotras no se nos tratan nuestras enfermedades, nos median contra... somos las que más pastillas tomamos, porque estamos locas, ansiosas, histéricas... entonces, sí, hay violencia en general en la medicina, y en particular contra las mujeres, violencia obstétrica, creo que también la hay, y yo particularmente creo que he sufrido violencia obstétrica, sí.

Candela traza esta relación entre violencia obstétrica y machismo:

Se produce todos los días, estoy segura. Para empezar, patriarcado, machismo... es que es por eso, ¿no? Las mujeres somos de segunda. Nos han hecho creer que no sabemos, que no somos dueñas de nuestros cuerpos, por lo tanto no somos dueñas de nuestros partos ni de nuestras gestaciones ni de nuestras lactancias ni de nuestras crías, entonces si no somos dueñas de nada y el que sabe es el de la bata blanca, aunque ahora sean mujeres la mayoría, o muchas, pues entonces no puede existir la violencia obstétrica, porque todo lo hacen por nuestro bien, porque ellos son los que saben, los que han estudiado, nosotras somos unas histéricas, entonces... ¿a quién le interesa más que a cuatro locas,

cuatro jipis? Cuando decía yo lo del parto en casa, que ojalá tal, pues te imaginas cómo me miraban, me decían de todo.

CrisVR comenta cómo el exceso de medicalización que vino de la mano de la anestesia también propició la práctica de la violencia obstétrica. Y una mujer anestesiada es una mujer callada, pasiva:

Está invisibilizada porque somos mujeres pariendo, para ellos una mujer pariendo es lo que tiene que hacer una mujer, entonces... ya, partiendo de esa base, es como que todo se ha normalizado demasiado durante muchos años. O sea, yo creo que durante todo el siglo XX, cuando empezaron las anestesias y todo eso, se ha normalizado que eso sea necesario, y lo que hay que hacer sí o sí, y ya se ha positivizado yo creo. Yo me acuerdo que mi madre me contaba que a ella le ponían la mascarilla ésta de anestesia, le anestesiaron general, o sea, son cosas que se han ido haciendo durante todo el siglo XX a lo bestia, se ha normalizado de tal manera que ya les parece como una cosa con total sentido, o sea, no se entiende que alguien no lo entienda ni que sea un abuso ni nada.

Júlia destaca la **violencia obstétrica más sutil**, la que cuesta mucho más detectar, la que pasa más desapercibida:

Opino que es muy habitual a distintos niveles, porque hay niveles de violencia obstétrica a lo mejor muy bestias, ¿no? Muy físicos y muy exagerados y con resultados muy graves... Pero hay una violencia obstétrica mucho más sutil, y más de miedo y de anular a la voluntad de esa embarazada, tratar a las embarazadas como niñas, etcétera, que es absolutamente habitual y que la violencia obstétrica existe porque es una expresión más del patriarcado y de la sociedad patriarcal, que tiene mil formas y una es ésta.

Por supuesto, hay mujeres que **no son conscientes** de haber sufrido violencia obstétrica.

Kokoritza habla de una auténtica naturalización de la violencia:

Creo que se produce con frecuencia, se produce con muchísima frecuencia, y creo que además muchas mujeres ni siquiera son conscientes de que están sufriendo violencia, porque está tremadamente naturalizado que... o sea, que hay muchas mujeres que al entrar en el hospital asumen que lo que ocurra, ocurre, y ya está, y está todo bien. Está invisibilizada porque es un problema de mujeres, sin más. O sea, es violencia que sufren las mujeres. Sin duda, ¿eh? O sea, que... pues eso, «la mujer y sus cosas», es como de... y además no se te ocurra hablar de violencia obstétrica porque eres una feminazi y porque no, que no, o sea que todos estos temas de mujeres, esto se ha hecho así toda la vida, y esto es así, te gusta o no te gusta, da igual. Cosa tuya.

Txu habla de estas mujeres que no se cuestionan sus partos:

Pues a lo mejor soy monotemática, pero el sistema patriarcal está muy bien organizado, y está muy bien pensado para que nosotras sigamos sin voz, o sea, invisibilizar la voz de la mujer en relación a todo, y «qué vas a opinar tú del parto, ya decidiré yo cómo pares», y ahí voy yo, al dolor de esas mujeres que no se lo

han cuestionado o que incluso forman parte del sistema también sanitario, porque bueno, hay otras generaciones que puedo entender que ese replanteamiento lleve un doble esfuerzo, pero... generaciones más... generaciones ya no tan... que eso no se te pase un segundo por la cabeza y que eso no te dé lugar a reflexionar, y que incluso te llegue una mujer, te hable de ello, y le acuses de extremista o de... me cuesta entenderlo.

Para *Mathil*, la clave está en la **vulnerabilidad** que presentan las madres en el momento del parto, lo que produce que a veces hayan podido sufrir violencia obstétrica y no ser conscientes:

Los padres son los que más se enfadan con el trato en los hospitales, con cómo se está tratando, cómo se está llevando el parto, pero la madre yo creo que entra en un estado que no es consciente del todo de lo que está ocurriendo, creo que es por eso, y luego posteriormente creo que si no hablas con alguien de ello, no te lo vuelves a plantear, o sea, si nosotras se lo planteamos a otras madres que hayan dado a luz, o yo por ejemplo con el caso de mi hermana, que hablas más cosas, pues a lo mejor sí, pero si no yo creo que a lo mejor ni siquiera se lo plantean posteriormente, y en el momento del parto yo creo que estás un poco... pfff... y si te pones la epidural más ya todavía, es como que no eres muy consciente de lo que está ocurriendo, o sea, ves mucho movimiento, ves cosas, pero no eres consciente realmente de lo que está sucediendo y de si eso debe ser así, como que no... yo creo que pocas madres se lo preguntan y se lo plantean.

Respecto a ser conscientes de haber sufrido violencia obstétrica, Lea Melandri (1977) explica cómo nos miramos con el filtro de la mirada del hombre, deformando y reduciendo nuestra sexualidad, interiorizando así una violencia contra nosotras mismas. Una mujer alienada, desempoderada, no será consciente de la violencia obstétrica y no podrá ser la protagonista activa de su parto, quedando ese papel en manos de los profesionales de la salud.

El avance tecnológico parece estar al servicio de la mujer, pero, sin embargo, acaba privilegiando los intereses de los técnicos y/o las instituciones, y prescindiendo de la subjetividad, el bienestar y el protagonismo de las mujeres (González de Chávez, 1993: Xix).

Lola opina que sería necesaria mucha **formación de género** entre los profesionales:

Para mí hay mucho de género, aquí, ¿eh? De todas las mujeres son unas locas, todas las mujeres son unas histéricas, y si se quejan es porque... Tendrían que hacer mucha formación de género, no sólo de lactancia, las comadronas, llevadoras, médicos y compañía, porque repiten muchos de los mandatos del patriarcado en ese sentido. «¿Quién eres tú para quejarte de ti, y opinar sobre tu cuerpo?» ¿No? [...] Al fin y al cabo para mí tiene mucho que ver con las violencias sexuales, también, porque al final es una violencia que se ejerce contra el cuerpo de la mujer en el momento del embarazo, parto y postparto, y contra su capacidad de decidir autónomamente qué es lo mejor para ella y para la vida

de su hijo, y ninguneándola. Creo que se da a un nivel muy elevado en España, mucho, creo que las mujeres son muy poco conscientes. Lo que te decía de las violencias sexuales, tiene que ver con toda esta construcción de que nos merecemos lo que nos pasa, o sea, que es que al fin y al cabo, no tenemos derecho, no tenemos opinión sobre nuestro cuerpo, ni podemos decidir autónomamente, y Dios, el poder, en este caso es la medicina encarnada en cómo piensa el hombre blanco que no ha parido en su puñetera vida.

Que hay machismo en la atención médica a las parturientas puede observarse en que, muchas veces, **se trata con mayor consideración a las parejas** (varones), como me comentó *Chos*:

Pues mira, la sensación que recuerdo en el primer parto era que le daban como más... lo trataban como si le concedieran más autoridad al padre que a la madre, fíjate. Sí creo que cuando había que tomar alguna decisión... es que no te sé decir, pero la sensación... no me acuerdo del ejemplo exacto, pero sí recuerdo la sensación, «el padre que se ponga aquí», como que el padre tenía un protagonismo flipantemente mayor. Y la madre, pues eso, era la pobrecita que no sabía nada, que estaba totalmente infantilizada, que no tenía ni idea de lo que decía y de lo que sentía y de lo que quería, y el padre era como la figura ahí como del que había que pedirle permiso, fíjate incluso. En el segundo no tengo tanto esa sensación, pero también un poco, ese rollo de «¿quieres cortar el cordón?», bueno, dime a mí «¿quieres que corte el cordón?», ¿no? ¿Quién eres tú para ofrecerle el cordón de mi hija a su padre? Soy yo si acaso, o la propia niña, quien se lo puede ofrecer. Pero sí es cierto que, sutilmente, más sutilmente, con el transcurso de los años, pero sí, creo que a los padres se les trata de una manera... se les tiene más en cuenta y todo, fíjate. Son adultos, tenlo en cuenta, claro. No como nosotras.

Maicha cuenta algo parecido, que **él sí conseguía hacerse respetar** por el personal pero ella no:

Mi marido aparte cuando se pone es muy desagradable, y sí que noto que las mujeres somos tontitas y los padres, si se expresan bien y son contundentes, les tienen como otro respeto, quizás algo de machismo, no sé, pero sí que hay otro... Si lo decía yo, «pero mujer, descansa», pero él dijo «quiero a mi bebé conmigo aquí ya», ¿sabes? Y lo trajeron. No sé por qué.

A *Mrg78* le llamaba mucho la atención cómo **a su pareja le trataban como a un adulto** pero a ella no:

Me llamaba mucho a atención la diferente actitud que tenía conmigo y con mi pareja. O sea, a él le hablaba como con un montón de respeto, yo pensé en las dos o tres visitas que hicimos con ella... parecía que iba con mi padre, yo parecía que era la niña y que mi padre me llevaba al médico, porque le hablaba a él como de igual a igual y a mí me explicaba las cosas como si yo no las fuera a entender, me llamó mogollón la atención.

Es evidente que, si la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género, estará atravesada por un machismo recalcitrante, y además institucionalizado. El trato paternalista a las mujeres, como si fueran niñas con necesidad constante de tutela, incapaces de tomar sus propias decisiones respecto a su salud, a su parto, a su vida, está a la orden del día en la asistencia al embarazo y al parto en nuestro país. Pero además, al tratarse de una violencia normalizada, muchas mujeres nunca llegan a ser conscientes de que el trato recibido no ha resultado el adecuado: la patologización de un acto fisiológico ha acabado condicionando la visión que se tiene socialmente de cómo es el parto.

5.6.4. El arquetipo de madre abnegada

Desde la célebre cita bíblica del Génesis 3:16 («Multiplicaré tus dolores en el parto, y darás a luz a tus hijos con dolor») hasta la imagen que se muestra de la maternidad en los medios de comunicación, la madre sacrificada, abnegada y que se entrega nada más que a los cuidados, sigue presente en el imaginario colectivo. Así, parecería que las mujeres tenemos que ir al parto a sufrir. En palabras de Irati Fernández Pujana:

El modelo de maternidad que tenemos ahora se basa en el ideal que se ha ido construyendo en los dos últimos siglos, el de la «buena madre» (...) Esta ideología de maternidad genera profundos sentimientos de culpa en todas aquellas madres que no logran cumplir con las expectativas, y también culpabiliza a aquéllas que no sienten como propio ese modelo y desean hacer las cosas de otra manera. (Fernández Pujana, 2014)

Leia apunta a cómo las mujeres parece que estamos hechas para sufrir:

Creo que en general la obstetricia maltrata y mucho, o sea, que hace cosas muy gordas, como insultos y ponérsete encima, llamarte niña, infantilizarte, un montón de prácticas que creo que de por sí son maltrato si son de forma rutinaria... episiotomías... y luego cómo te tratan, ¿no? Como nuestro cuerpo históricamente, las mujeres, estamos hechas para sufrir, da igual que... en aras de un bien mayor, pues si te cortan la vagina, ¡es que no pasa nada, es para que salga bien! No, bueno, o sea, me estás cortando la vagina.

A *Maicha* le decían todo el rato, cada vez que se quejaba, que iba a ser una mala madre:

[La atención obstétrica es] arcaica, paternalista, sin tener en cuenta a la parturienta, para nada. Y protocolaria, pero negativamente, «esto es así, esto es así y esto no se puede mover, tú tienes que estar ahí atada»... y es más, después lo comentas, «es que me ataron», «¡uy, cómo te van a atar!»... pues atándome. Tenía las vías que no me dejaban mover los brazos. No estoy atada por cuerdas pero no me podía mover. Y el tema es, si te mueves, «uy, qué tipo de madre vas a ser, ¿quieres que tu hija esté mala?» (imita voz del personal), o sea, si me

movía yo era una mala madre... El bebé no había nacido, me desesperaban los brazos por el dolor, no podía llevarme las manos a la cara, y... «¿qué tipo de madre vas a ser, tú quieras a tu hija?», y en ese momento no reaccionas, pero después...

Kalí no quiso que su propia madre entrara al parto porque le transmitía también ese arquetipo de madre abnegada:

Yo no quería que pasara mi madre, fíjate qué cosas, me ponía muy nerviosa porque me decía cosas como «no chilles» o tal, yo creo que para su edad y para lo que ella había vivido pues estaba como repitiendo las cosas, porque ella a mí me tuvo con quince años, entonces ella también lo había pasado mal y tal, bueno, ésta es la reflexión que yo hago...

Mrg78 reflexiona sobre la **visión sociocultural** de la maternidad:

Incluso de las películas, socialmente, o culturalmente, la mujer egoísta... no egoísta, pero a lo mejor luchadora, o fuerte, o que se enfrenta, la suelen poner una mujer sin hijos. Y la mujer en cuanto tiene hijos está en el otro bando, es la mujer más sumisa, más blanda, más tal... No suelen poner los dos estereotipos juntos, de una mujer muy luchadora o centrada en cosas muy pragmáticas o que persigue sus objetivos y además es madre. Es como que siempre el estereotipo... Si ves a las mujeres que salen en las películas, libros y demás, las mujeres que no tienen hijos, son mujeres como duras, nunca ponen a una mujer blandita que no tiene hijos, «no, si yo no he tenido hijos, soy súper maternal»... o que no has podido... pero eres una mujer predestinada, o que estás a favor, o que sí tienes ese deseo maternal... mientras que una mujer dura no puede ser maternal, iy para ser madre, hay que ser muy dura, o sea, que es que es contradictorio!

En el imaginario colectivo tenemos aún muy presente una visión permanentemente dicotómica de las mujeres: «brujas buenas y brujas malas», «la virgen y la puta», etc. Parecería que las mujeres no pueden tener matices, hallarse en posiciones intermedias, sino que estarían circunscritas siempre a arquetipos radicales de los cuales no podrían escapar⁷². El arquetipo de madre abnegada es uno de éstos: como Démeter, como la virgen María, la madre que se sacrifica por sus vástagos ignorará su propio dolor, su propio malestar, su propio sufrimiento, en aras sólo de que su hijo esté bien. El bebé como producto y la madre que como mero contenedor es la consecuencia directa de

⁷² Desde Rousseau, podemos ver cómo esa separación dicotómica ha hecho mella también en las diferencias entre varones y mujeres: para Rousseau hay dos naturalezas (la masculina y la femenina), dos espacios sociales (el público y el privado), dos tipos de contratos (el social y el sexual), y dos pedagogías (la de los varones y la de las mujeres). Los varones serían lo civilizado, lo público, lo racional, y las mujeres lo natural, lo privado, lo instintivo. Con la salida al mercado laboral de las mujeres esta dicotomía ha sufrido un auténtico revulsivo, porque ahora las mujeres se ven obligadas a realizar dobles y triples jornadas, y ya no encajan tan fácilmente en una separación tan estanca.

esta relación donde la madre queda totalmente anulada, como veremos en el apartado

5.6.6.

5.6.5. Culpabilidad

Unido al arquetipo de madre abnegada, parecería que a las mujeres también se las educa en la culpabilidad. En efecto, las expectativas están tan altas que es muy difícil alcanzarlas, con lo que aparece el sentimiento de culpa. Y aunque las mujeres de hoy en día intenten huir de este arquetipo, a su vez existen muchas más responsabilidades que obstaculizan la maternidad (con dobles y hasta triples jornadas), lo que dificulta aún más el lograr alcanzar esa meta imposible. Por mucho que las mujeres modernas estén intentando superar la visión de la madre sacrificada, han sido a su vez educadas por madres sacrificadas, con lo que resulta extremadamente complejo romper totalmente con esa creencia, que se halla latente en el imaginario colectivo.

Bac+2 cuenta cómo la culpa siempre es suya:

Aunque tenga fiebre, aunque... siempre, es por algo que he hecho yo. Si es que es muy difícil quitar la culpabilidad, los hombres te echan la culpa a ti siempre, te echan siempre la culpa, siempre es culpa tuya, por mucho que lo estés haciendo bien, por ejemplo mi marido es de los que dicen «ay mi pobre mujer, ya no tiene tiempo para sí misma ni para nada», es una persona que sabe, no lo niega, no dice «es que tú no haces nada, no haces nada», no, él sabe que yo tengo un gran trabajo, muchísimo trabajo que estoy haciendo con mis hijas, pero aun así, cualquier cosa, pues la culpable soy yo. ¿Se cae? Pues tú eres la culpable. ¿Se pone mala? Pues tú eres la culpable. Es lo que hay.

Esa culpabilidad también la ha sentido en el ámbito de sus partos:

Yo creo que cuando te pasan estas cosas, porque como no te lo hacen a la cara, porque no van a llegar a pegarte... y te sientes culpable, que es culpa mía, «tenía que haber abierto mejor», o «tenía que haberme puesto en esta postura», entonces te crees siempre que la culpa es tuya... por eso no le dan tanta importancia, aunque tiene muchísima importancia.

Bea relata cómo después del parto sentía mucha culpabilidad:

Fue muy poquito, fueron como dos semanas, en que lloraba y pensaba «¿por qué?», me sentía como un poco víctima, en plan «¿por qué me ha pasado esto?», o sea, no sé por qué trajeron así, por qué tenían prisa, bueno, culpabilidad también, claro, pero yo creo que sobre todo era un poco eso, el porqué, ¿sabes? Todo iba tan bien, o sea, todo iba tan bien... y por qué, ¿no? Es difícil en una primeriza ponerse de parto de manera natural, romper la bolsa y tener contracciones... o sea, fue como el parto ideal hasta que llegó al hospital. O sea, iba todo rodado, lo que me daba más miedo a mí era eso precisamente,

no ponerme de parto, o historias así de primerizas, que a veces duran más los embarazos, yo qué sé, y nada, fue... o sea, parto perfecto, hasta que llegué al hospital.

A *Chos* le ingresaron a su hija recién nacida en neonatos y le dijeron que era porque se había «envenenado a causa de su sangre», con lo que se sintió muy culpable:

La angustia de que se la llevan, de que encima es por mi sangre, o sea, otra culpabilidad añadida, porque nadie te explica realmente, te hablan de palabras técnicas que tú ni idea, y más con la carga emocional que tú tienes en ese momento, pero a mí lo único que se me quedó grabado es que era mi sangre la culpable, entonces fue tremendo.

Cumbia también se siente culpable ahora, por no haberse informado mejor y por no haber podido evitar algunas de las prácticas que se realizaron en sus partos:

¿Me he sentido culpable? Pues a lo mejor me he sentido culpable de no poder evitarlo, algunas cosas. Por no haberme informado mejor o no haber tenido la personalidad suficiente, ¿sabes? De coger y decir «pues no le vais a dar biberón», pero claro, si además tienes ahí a familia a tu alrededor... porque no es solamente tú, porque yo creo que también tu marido como la familia o quien te acompañe pues también tiene que estar ahí para defender lo que tú necesitas... y la familia no está informada de nada. Entre los profesionales, tú que estás ahí, que a lo mejor has leído algo y no te atreves a decirlo, y otras personas que tampoco se atrevén... pues somos muy vulnerables. [...] En el parto, decirte lo que... o sea, yo también me siento responsable de lo que me toca a mí, de que a lo mejor yo me tenía que haber informado de si había una serie de cosas prohibidas, que no me podían hacer, yo no sé si en ese momento eso se podía hacer o no, no tengo ni idea, pero claro, en el momento, aunque no se pudiera hacer, si te lo están haciendo, ¿cómo te rebelas? Es un momento delicado, en el que estás vulnerable, y no... pues claro, que podrían mejorar en la atención... Yo creo que sí.

Jable se sintió muy culpable tras su primer parto:

Es que con el primero lo pasé yo regular, es que te sientes muy culpable, porque la lactancia fue mal, porque el niño no crecía, que si tú estás trabajando de más y no debes de estar trabajando, que si come, que si no come, que si das de comer, que si dejas de moverte... Yo soy muy activa, que si te mueves mucho, yo qué sé... Ya llega un momento en que le empezabas a dar tantas vueltas a todo que dices «vete a paseo».

A *Kalí* le acusaron, cuando estaba embarazada, de «no dar de comer a su hijo»:

Yo había engordado muchísimo, había engordado igual veinte kilos, una barbaridad, entonces me tocaron la tripa y dijeron «ah, va a ser muy grande», entonces luego resulta que no llega a los dos kilos el niño, y era como «al niño... no le has dado de comer a tu bebé, no le has dado nada de comer», ahora me parece absurdo, pero en aquel entonces era como «ay, Dios, ¿qué he hecho?»... Absurdo totalmente.

A Kokoritza le hicieron sentir muy culpable por **quedarse embarazada con VIH**, cuando ella ni siquiera sabía que tenía el virus:

O sea, sentí como que ellos echaban en mí una parte de responsabilidad por quedarme embarazada teniendo VIH a pesar de no saberlo, pero era como de «¡estás embarazada!» (voz borde) y era como «pues sí, a eso estaba jugando», o sea que era como «pues sí, evidentemente, estoy embarazada», «pero es que tienes VIH» y es como de «estas noticias no se dan así», porque a ti te dicen «tienes VIH» y tú lo que te piensas es que te vas a morir, o sea, que luego, una vez conociendo a la gente de medicina interna que lleva VIH en el hospital y ver ya después de ocho años estando allí con ellos cómo dan estas noticias a la gente, tú dices «o sea, lo mío fue de traca», o sea, a mí me sacaron un papel de la papelera diciendo «VIH positivo», y era como... ¡de la papelera!, porque tardaba en ir! Era como... bueno... todo tremendo. Y luego, eso, sentí que, más allá de que me echaban la culpa a mí por estar embarazada teniendo VIH sin saberlo también sentía que no estaban formados, que no tenían la habilidad social para contar estas cosas a la gente, que daban información errónea, porque yo si hubiera seguido ahí habría abortado... bueno... era como entre el miedo, la angustia, la rabia, la culpa... todo junto, así en una sola habitación de un metro cuadrado. Fue horrible, me sentí muy mal.

La culpabilidad con la que nos educan a las mujeres viene de la mano con cierta modestia, y en el ámbito obstétrico se traduce en la sensación de que **lo que les ocurre a las otras mujeres es siempre peor**. Todas las madres me decían frases como éstas:

Sé que hay partos mucho más abusivos y situaciones mucho más terribles que las que yo viví, pero a mí me destrozaron en ese momento.

(Amanda)

Igual, hombre, ves por ahí historias de miedo y no es lo que me ha pasado a mí, está claro, ¿eh?

(Candela)

La verdad es que a mí no me insultaron ni cosas de éas que se lean por ahí que dices «madre mía, pobre gente», ¿no? La verdad es que bien, todo muy respetuoso y muy bien, pero claro, hacían lo que les daba la gana.

(CrisVR)

Ahora por una parte esto mismo que te he dicho que hay gente que ha tenido secuelas y entonces como que me da a mí cosilla que yo he sufrido violencia obstétrica cuando lo mío al lado de lo que ha sufrido otras personas, tanto física como psicológicamente, pues no es nada... pero... la violencia no es solamente insultarte, pegarte o vejarte, sino que también se expresa de otras formas y no lo tengo tan claro como lo tenía más reciente, pero...

(Claudia)

Ángela perdió un embarazo pero en el ingreso conoció a otra mujer cuyo embarazo se perdió mucho más tarde:

Entonces yo llegué muy triste y deprimida, con el apoyo de mi pareja y tal, pero la verdad es que mirando a la cama de al lado... yo todavía no era muy mayor y tal, pensaba «bueno, lo mío no es nada, al fin y al cabo, diez semanas»...

Anabel incluso duda en dónde está la línea divisoria, si lo de las demás siempre parece peor:

Pero claro, ¿hasta qué punto que te ignoren, que te aíslen, y que te tumben se considera violencia obstétrica? Supongo que sí. ¿Pero dónde está la línea que divide lo que es violencia obstétrica de lo que no lo es? No lo sé. Pero evidentemente mi parto no es como yo querría que hubiera sido.

El sentimiento de culpa es una consecuencia del arquetipo de madre abnegada: una madre «buena» debe sacrificarse por sus hijos, debe entregarse a todo sin rechistar, y si algo no va bien, la culpa es suya. Además, a las mujeres se nos educa para agradar, para complacer, para estar sometidas: en este caldo de cultivo, la culpabilidad es una consecuencia más de la tensión de las mujeres por no llegar a todo: por un lado, tienen que entregarse totalmente a la maternidad, pero por otro, tienen que trabajar duramente en el mercado laboral.

5.6.6. El bebé como producto

Muchas madres destacaron, dentro de la violencia obstétrica, cómo ésta quedaba automáticamente «justificada» en el momento en el que el bebé estaba bien. Es como si se concibiera a los niños **en tanto que productos**, y a las madres como máquinas destinadas a producir bebés. Y esta concepción es la propia del modelo tecnocrático de la salud: el hospital sería una fábrica organizada jerárquicamente (con la responsabilidad siempre en manos de los profesionales), el cuerpo de la mujer una máquina defectuosa que habría que auxiliar, las intervenciones resultarían agresivas y siempre con énfasis en los resultados a corto plazo, el bebé sería el producto y la tecnología tendría que usarse en toda su magnitud (Davis-Floyd, 2004).

A *Alexia* le da la sensación de que hablar de violencia obstétrica puede parecerle exagerado a mucha gente, si el bebé está bien:

Es un término que se oye poco y yo creo que es un poco por miedo o me da un poco la sensación de que es por «qué exagerada, si estás bien tú y la niña, ¿qué más te da si estás bien tú y el bebé?»

Maicha lo ve como una frase recurrente:

Cuántas veces no has visto lo de «lo ha pasado mal, pero el niño está bien», ahí queda todo lo que pasó. No. Tienes que ser una consciente de lo que ha pasado y con esa conciencia lo analizas... yo, ya te digo, salí muy tocada de los partos.

Kokoritza experimentó una gran decepción:

El parto no existió. Fue decepcionante, fue frustrante y me hizo sentir muy sola. Ante mi sentimiento de que me había perdido algo extremadamente importante SIEMPRE me encontré con un «al menos están bien» «ha salido todo bien, lo de menos es cómo ha ocurrido» y cosas por el estilo. Me sentía sola en mi dolor y en mi frustración y en mi rabia. Eso me hizo sentir culpa también.

A *Amanda* le molestaba que le dijeran que «lo que importa es que el bebé esté sano»:

Me sentí enfurecida después de mi cesárea, sentí impotencia y falta de empatía en mi entorno social cuando minimizaban el impacto de mi vivencia del parto. Probablemente con la intención de darme un poco de aliento, sabiendo que aunque que cada persona proteste aisladamente no se puede cambiar el sistema, mis conocidos y familiares ponderaban en mayor medida el hecho de que el bebé había nacido sano y que finalmente yo también me encontraba físicamente bien. Con estos argumentos me sentía más vulnerada y descuidada aún.

Amanda añade que parecería que encima tienes que estar agradecida:

«Okey, pero nació perfecto, gracia a la cesárea», parece que tienes que agradecer que te metan en una picadora para tener un bebé, porque sale por cesárea y entonces sale sano. Para mí tiene que cambiar... yo cambiaría la visión del parto, la manera en la que se tienen los bebés.

Candela destaca cómo parecería que no importan los medios sino sólo el fin, que si el bebé está vivo y sano el resto carece de gravedad. Y que encima, se intenta obviar la mala experiencia de parto, como dice *Kalí*:

No pueden permitir que nos estén haciendo lo que hacen, y lo tenemos tan asimilado que es como normal que te hagan todo lo que te hacen, y cuando empiezas una conversación así... en la compra cuando te preguntan por el niño, es como «bueno, pues nada, ya ha pasado todo, no pienses más en eso, lo malo no se cuenta». ¡Pues no!

Para la ginecóloga *Yogui* lo importante es llevarse al bebé sano a casa:

Al final lo que quieren las pacientes es llevarse a su bebé sano a casa, sobre todo (recalcando las palabras), eso es lo más importante, y yo creo que eso es lo que hay que dejarle claro a la paciente, que todo lo que se hace es por el bienestar de la madre y del niño.

Mrg78 destaca cómo la madre siempre acaba en un segundo plano:

Está invisibilizada, primero, porque es contra la mujer, o sea, yo pienso que si le hicieran algo los hombres, sería un problema más serio, más importante, y

seguro porque es como que tiene este aura como de «todo se hace por tu bien», entonces es como que ponen a la madre en un segundo plano, y entonces es como «por salvar al niño», todo se hace como en aras de algo sagrado, que es el beneficio para tu hijo, y eso es un poco también como con lo que te callan, o sea, un poco como que si tú te pones demasiado... como que si defiendes demasiado, pones el foco en ti, y entonces es como muy egoísta, y no es la violencia contra ti, es violencia contra ti PARA salvar a tu hijo, entonces es como que tienes que ser sacrificada y no ser tan egocentrista, porque lo importante es el niño, no se ve nunca a mamá y bebé como un todo, eso es un error.

El matrón *Deiviz* opina que existe un **tabú generalizado** de la experiencia del parto en general, puesto que ésta es brutal y parece que hay que esconderla:

Muchas mujeres esconden cómo ha ido el parto de verdad, a mí a posteriori muchísimas mujeres, es que es raro el día que no te lo cuenten, como diciendo «joder, esto no lo cuentan así». Pero no porque el profesional haya ejercido una violencia obstétrica, sino por lo brutal físicamente que es el parto. No se cuenta. Tiene que ser maravilloso, tienes que disfrutar de ello, y luego sonríe a todas las visitas que vienen a tu casa a tomarse un botellín y a ver al niño, encima tú estás con ganas de estar ahí tranquila, y van quinientos a tu casa.

Jable destaca también ese tabú y pudor en torno al parto:

Luego también que los sanitarios también se cubren unos a otros, y aunque tú los hables «pues bueno, ya pasó», es lo que tú me decías «¿te has planteado cómo fueron tus partos?», «pues bueno, ya ha pasado», pues te callas y tiras p'adelante, y es lo que ha tocado, directamente. Mucha gente yo creo que es también por pudor, por educación, pero no por educación de ser educada, sino por lo que nos han inculcado. Es como las hemorroides, por ponerte un ejemplo, nadie te habla de las hemorroides, y a lo mejor está una en el trabajo, y está la otra, y están lo mismo igual las dos sufriendo en silencio, y nadie lo dice.

A *Claudia* le molestaba que infravaloraran su malestar:

Esto se lo cuentas a cualquiera, de la calle, o a alguien de tu familia, a quien sea, y no piensan que sea para tanto. Yo me acuerdo que alguien dijo... de esto que te llaman con toda la buena intención «¿cómo estás, cómo está la niña?», y yo pues no tenía ganas, no cogía el teléfono... y «a ver si te has creído que has sido la única que ha tenido hijos», pues no he sido la única, pero he tenido una experiencia que ha sido dura para mí, pero lo típico de «pero tu niña está muy bien», pues sí, mi niña está muy bien, pero podría estar mejor, y podríamos habernos evitado un montón de cosas.

A *Lola* le molesta cómo no se puede hablar fácilmente de lo sucedido:

Con lo cual puedes salir muy enfadada, muy llorosa, o muy... pero no tienes fuerza para reunirte con tres madres, hablar de lo que te ha pasado... a no ser que te lo faciliten, y yo creo que ahí la administración tiene mucha culpa, pero como es una cuestión «de mujeres», tiene poco eso. Y luego... minoría número uno, mujeres, minoría número dos, para mí siempre, infancia, entonces, si las sumas ya... pues allí estamos, ¿no?

Por lo tanto, vemos cómo el contexto hospitalario se convierte en una fábrica, donde el interés está en el producto (el bebé) y no en el proceso. Se cosifica pues a la parturienta, incorporándola a un protocolo que la despersonaliza. Alienando y despersonalizando a las mujeres, se las domestica: las instituciones sanitarias sólo quieren que las mujeres se ajusten a la cadena de trabajo establecida, invisibilizando el trabajo de las parturientas, que se limitan «a la función de obediencia pasiva y abandono para permitir que el/la ginecólogo/a y/o el/la matrona adopte la función activa y pueda realizar su trabajo» (Blázquez, 2005: 12). Evidentemente, sería una función activa, pero mecánica y automatizada, por la cosificación de las parturientas y la aplicación despersonalizada de protocolos. Pero tampoco hay que ignorar que los profesionales de la salud estarían igualmente cosificados: forman igualmente parte del sistema productivo y patriarcal, y como tal, resultarían piezas de engranaje dentro del sistema neoliberal y patriarcal que les conduciría a ejercer la violencia obstétrica, la mayoría de las veces sin darse cuenta. Estarían, por lo tanto, «automatizados» por el sistema patriarcal dentro del contexto médico androcéntrico.

5.6.7. Consecuencias de la violencia obstétrica

Tanto en el postparto inmediato (los primeros días después de parir) como en el puerperio (las primeras semanas, esto es, el tiempo en que tarda el organismo en volver más o menos a su estado normal), los signos de la violencia obstétrica hacen mella, física y psicológicamente, y no sólo en la parturienta y en el bebé, sino en todo el entorno de éstos.

5.6.7.1. Consecuencias físicas en las mujeres

Vamos a comenzar analizando cuáles son las principales consecuencias físicas de las mujeres sobre las que han ejercido violencia obstétrica.

- *LACTANCIA MATERNA*. Es posible tener una lactancia satisfactoria aunque el parto no haya ido bien. Sin embargo, cómo ha sido el parto influye absolutamente en el establecimiento de la lactancia materna (Laviña Castan, 2014), así que cuanto menos intervenido esté un parto, menos probabilidades habrá de que existan problemas en la lactancia. Los más comunes serán los siguientes:

- **En la madre:** el uso de antibióticos puede producir una alteración en la flora bacteriana que derive en obstrucciones⁷³ y mastitis⁷⁴; el suero intravenoso puede «hidratar de más» a la mujer, con lo que aumentan las probabilidades de ingurgitaciones⁷⁵ con sus consiguientes problemas de agarre; las cesáreas pueden producir tal dolor que dificulte las posturas de amamantamiento. Además, psicológicamente las madres que han vivido una experiencia de violencia obstétrica pueden sufrir tal nivel de SEPT (Síndrome de Estrés Postraumático) que la lactancia no sea posible o tenga grandes dificultades.
- **En el bebé:** la epidural puede producir que el bebé salga muy adormilado, lo que interfiere en el desarrollo normal de la lactancia —que ha de comenzar lo antes posible—; la administración de oxitocina provoca niños más irritables, lo que afecta en un establecimiento tranquilo y reposado de la lactancia; las inducciones antes de tiempo también pueden dar como resultado bebés inmaduros aún con poca fuerza para mamar, con lo que se saltan tomas y entran en un círculo vicioso, porque cuantas más tomas se salten, menos fuerza de succión tendrán.

Chos aún llora recordando sus inicios en la lactancia de su segunda hija, porque ésta estaba ingresada en neonatos y no le daban el alta hasta que no cogiera peso.

Sintió que no recibía ayuda alguna, al contrario, que todo eran obstáculos:

Así me pasaba veinte minutos llorando con ella en el pecho... (empieza a llorar), yo me pasaba veinte minutos diciendo «come, come, come, por favor, come, que podamos salir aquí, que podamos ir a casa», y la pobre se quedaba un poco dormida, y yo le daba hasta tortitas para que no se durmiera y comiera (solloza)... y yo me apretaba los pechos hasta hacerme daño. Mira... cómo pudo salvarse aquello como yo me empeñé, hubo una mañana estando mi hija en neonatos, me llamaron, «végase inmediatamente», me dijeron que había vomitado sangre y pensaban que podía tener una hemorragia interna, iy era mi sangre, era mi sangre de mis pechos!, y me dijeron «¿tienes alguna herida?» y yo «¿alguna herida?» y enseñé los pechos, yo tenía todas las heridas que cabían en los pezones, me dijeron «¿pero cómo estás dando el pecho así?» y yo dije «porque por supuesto, tenía que intentar salvarla si mi sangre la había llevado allí».

En algunos hospitales, además, separan a los recién nacidos de sus madres nada más nacer, o después por las noches mediante el uso de los «nidos», lo cual es

⁷³ Pequeño bulto en la mama por la obstrucción de algún conducto a causa de drenar incorrectamente la leche en esa zona.

⁷⁴ Infección de la mama por bacterias en un número inusualmente alto.

⁷⁵ Aumento del tamaño y volumen del pecho por acumulación de leche.

un grave error porque impedir el contacto piel con piel constante baja considerablemente las probabilidades de éxito en la lactancia materna. *Adriana* aún no se explica por qué la separaron de su bebé, aunque fueron sólo unas horas:

A partir de ahí, pues al niño decidieron llevárselo a neonatos simplemente por protocolo, porque luego a posteriori, cuando me dieron el alta con el niño, en la cartilla de nacimiento venía que el Apgar había sido de 8/9, o sea, después ya me enteré de que eso no era suficiente para ingresar en neonatos, pero aquí por protocolo un parto con ventosa, tres circulares, meconio... todo eso hace que lo metan en neonatos tres horas que estuvo.

- **INCONTINENCIA.** Las posturas antinaturales durante el parto, los pujos dirigidos, la episiotomía o el uso de instrumentalización pueden producir incontinencia en las mujeres en distintos grados. Así, se calcula que un 10 % de las mujeres que tienen un parto vaginal padece incontinencia severa que, de no tratarse correctamente, se agudiza aún más con los años (Cano, 2011). La incontinencia también puede ser fecal, produciendo además por ello graves secuelas psicológicas en la víctima, alterando gravemente su calidad de vida. *Sayenas* pasó por incontinencia urinaria:

Yo tuve incontinencia urinaria, me hacía pis al estornudar o al toser, también lo que me pasó a mí es que con la segunda la ingresaron ahí en neonatos, dos días estuvo o dos días y medio, pues claro, se te junta que estás con una episiotomía recién hecha y estás sentada en un sillón, y me molestaba todavía más, como está la niña en neonatos, no puedes salir cada dos por tres, no puedes estar entrando y saliendo, y encima me cogí un resfriado, pues me pasó que cada vez que estornudaba en el sillón se me escapaba un poco.

- **HEMORRAGIAS.** Todas las mujeres pierden sangre después del parto, especialmente las que han pasado por una cesárea. El sangrado normal se debe a que quedan vasos sanguíneos abiertos en el útero, donde estaba adherida la placenta. Sin embargo, hasta en un 5 % de los casos (Mousa *et al.*, 2003), se dan hemorragias puerperales, generalmente porque el útero no tiene suficiente fuerza para contraerse correctamente, cosa que puede suceder tras un parto muy largo y cansado, lo que se denomina «atonía uterina». Si las contracciones han sido manipuladas artificialmente mediante la administración de oxitocina sintética, el riesgo a sufrir una hemorragia puerperal aumenta. *Happymoon*, por ejemplo, sufrió **hemorragias importantes** después del parto:

O sea, cuando me acojoné fue después del parto, cuando me levanté y dejé un reguero de sangre por todo el pasillo hasta el baño, pero un reguero bestial.

Otra causa de hemorragia puerperal es una complicación relativamente rara pero grave, conocida como placenta accreta, en la cual la placenta no se desprende porque se encuentra implantada dentro del útero a demasiada profundidad; este riesgo aumenta con cada cesárea.

- **DESGARROS.** En un parto respetado, generalmente los desgarros que se pueden dar son menores, muchos de ellos no necesitan ningún punto para su recuperación. Sin embargo, son mucho más graves los desgarros en partos instrumentalizados. Igualmente, la episiotomía no sólo no evita los desgarros, sino que aumenta el riesgo de padecerlos (OSM, 2012: 26). Se clasifican en desgarros de primer grado (superficiales, básicamente sólo algo de piel), de segundo grado (algo más profundos, requieren de puntos), de tercer grado (tejido vaginal, piel del perineo y músculos del perineo que se extienden hasta el esfínter anal) y de cuarto grado (atraviesa el esfínter anal y el tejido de debajo). Más de un 4 % de las mujeres (OSM, 2012: 26) tienen desgarros de cuarto grado, que producen un gran dolor durante meses así como mayor riesgo de incontinencia anal.

A Chos le hicieron una episiotomía, pero eso no evitó que pasara por un desgarro importante:

Luego además la episiotomía fue salvaje, fue puntos... además tuve un desgarro hacia el ano, se supone que la episiotomía es para evitarlo, y los cojones lo evitó, de hecho yo creo que lo que hizo fue aumentarlo, los puntos lo recuerdo también como algo muy desagradable, el puerperio muy doloroso, pero bueno, yo pensaba en aquel entonces que era lo normal, ¿no? Que había tenido un niño sano y que tenía que estar contenta. Que cómo me iba a quejar. [...] ¿Y por qué me desgarré? Pues yo me imagino que porque la propia técnica de la episiotomía es un desastre, y lo que hace es desgarrar muchísimo más por dentro de lo que se ve por fuera, y es muy difícil además controlar ese corte, y porque luego además al salir el bebé eso se abre más aún, y no se abre de manera natural por todas partes igual, proporcionadamente, al redondel, sino que te abre más por donde tú has abierto, entonces se desgarra mucho más por ese lado, porque la piel ya está rota, supongo que es eso.

5.6.7.2. Consecuencias psicológicas

Si bien las secuelas físicas de la violencia obstétrica pueden ser terribles, las psicológicas, quizás, permanecen aún más tiempo y resultan de media más comunes.

- **DEPRESIÓN POSTPARTO.** Muchas madres refieren haber pasado por una depresión postparto. Sin embargo, en la mayoría de los casos, se trata de una tristeza momentánea, común después de la bajada de los niveles hormonales tras el parto, que remite en unos días, algo así como una depresión leve, lo que en inglés se llama *baby blues*. La depresión postparto real es más seria y necesita de tratamiento porque no remite sola. Uno de los factores de riesgo para padecer depresión postparto (Mata, 2015) es haber sufrido un parto traumático y/o violencia obstétrica.

En palabras de Laura Gutman (2012: 47):

La verdadera tragedia de los partos masificados es que las madres terminamos tan humilladas y despersonalizadas, que el modo de salvarnos es desconectando de «eso» que nos ha traído tanto malestar y sufrimiento. Eso es el bebé que no logramos sentir como propio. No sentimos apego...

- **ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.** Se estima que entre un 2 y un 6 % de las mujeres en el mundo desarrollan un trastorno de estrés postraumático completo después del parto y alrededor de un 35 % presenta algún grado de éste (Olza, 2014: 79). Los estudios muestran que todas las mujeres que desarrollan dicho trastorno refieren haber recibido cuidados inadecuados, no teniendo ningún control sobre su experiencia de parto. Habían sido ninguneadas, tratadas de forma autoritaria y sin respeto alguno. Muchas siguen teniendo recuerdos muy vívidos incluso años después del parto (Ibíd.: 80). *Maremota* revivía su parto una y otra vez:

Bueno... pesadillas he tenido. Después, meses después... sí a lo mejor me ha pasado que por ejemplo recientemente, en octubre, una de mis mejores amigas, tuvo un niño, y esa tarde me puse yo mala, ¿sabes? De revirarlo todo. Después yo estaba como mal de estado de ánimo, no disfrutaba, no sé si me explico, era como... como que no disfrutaba de los pequeños momentos, estaba todo el rato amargada, todo el rato agobiada.

- **SECUELAS EMOCIONALES.** Aunque no todas las víctimas de violencia obstétrica desarrollen una depresión postparto y/o un trastorno de estrés postraumático, sí queda una huella emocional, de mayor o menor grado. Las secuelas emocionales por sentirse ninguneadas, humilladas y desempoderadas pueden tardar tiempo en sanar, pero desde luego constituyen una experiencia tremadamente desgradable, una herida enterrada en muchísimas mujeres. Por ejemplo, *Júlia* se dio cuenta de que lo tenía menos superado de lo que pensaba:

La verdad es que fue hace muchos años, y no me pensaba... me pensaba que lo tenía ya más trabajado, y cuando te contestaba a la entrevista era como... hostia... todavía hay tema, ¿eh? Pero bueno.

5.6.7.3. Consecuencias en el recién nacido

Los recién nacidos son también víctimas en este contexto. Dice el ginecólogo Michel Odent que la atmósfera del parto es absolutamente crucial para garantizar la correcta secreción de oxitocina en las mujeres. Según él (Odent, 2005), «para cambiar el mundo es necesario cambiar la forma de nacer»: si el momento del nacimiento es un acto violento, los recién nacidos son sacados abruptamente y sin respeto a sus ritmos, también se abre una herida en ellos. Es más, según Balint (Rodrigáñez, 2008), la ruptura de la simbiosis madre-bebé produce una herida psíquica muy importante, que aparece claramente cuando se analiza la psique de los seres humanos de nuestra sociedad. Es lo que se denomina «la ruptura de la simbiosis primaria», y sobre ella ha insistido también el neonatólogo Nils Bergman (2002), según el cual las complicaciones que suceden durante el nacimiento afectan a la personalidad, a la capacidad relacional, a la autoestima, y a los esquemas de comportamiento a lo largo de toda la vida. *Smiling Caballero*, ginecólogo, también opina que esa experiencia traumática de parto **afecta toda la vida**, no sólo durante el puerperio más inmediato:

Si en cambio tienes una vivencia del parto en la que cuando nace el bebé te separan, sufres porque no estás con él, el bebé está llorando porque no está contigo... a lo mejor has tenido un fórceps y una cesárea que no te dejan moverte, el bebé te molesta porque cuando te mueves te molesta, la lactancia no va bien porque el bebé como ha tenido todo ese estrés rechaza tu pezón y no va bien... bueno, pues a lo mejor cambia un poco ese grado de enamoramiento, no se lo vas a decir a nadie, vas a decir que quieras a tu bebé, claro. Pero a lo mejor... no es exactamente... igual. Y eso pues lógicamente si influye tanto en el puerperio va a influir cuando el niño tenga cinco años y te diga «mamá, no quiero» y te coja una pataleta, y tú te canses y en ese momento te den ganas de tirarlo por la ventana, aunque claro, no lo vas a hacer, pero te va a pasar. Y va a influir cuando sea un adolescente y tú no sepas por qué es tan rebelde, y va a influir, va a influir en todo.

5.6.7.4. Consecuencias en otros familiares y en el entorno de la víctima

Por último, las consecuencias también salpican al entorno más próximo a la víctima, principalmente el familiar, al igual que sucede en cualquier otro tipo de violencia de género. Cuando se pasó del modelo de parto donde las mujeres eran protagonistas, donde podían estar acompañadas por toda su familia, al modelo donde se encuentran

prácticamente solas en una fría sala de hospital, algo se quebró. Según explica la *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia* (MSA, 2010: 15) de Argentina, el parto es ahora visto como una enfermedad, un acto donde los profesionales de la salud han dominado y subordinado a las embarazadas y a sus familiares. Al igual que se sabe que los hijos de mujeres maltratadas tienen peores problemas de salud, tanto física como psicológica (Matud, 2007: 45-53)... ¿quién sabe qué secuelas puede tener la violencia obstétrica en el entorno más cercano de la víctima, principalmente sobre sus hijos?

Una persona con una herida, física y/o psíquica, arrastra irremediablemente a sus seres queridos. La violencia obstétrica es por lo tanto un problema de salud pública, porque el número de afectados, de manera directa o indirecta, es mucho mayor de lo que parece a simple vista.

5.7. DE LOS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

5.7.1. La visión del parto en la sociedad

El paradigma médico hegémónico, que ha sido denominado como tecnocrático por autoras como Robbie Davis-Floyd (2004), se caracteriza, como ya vimos en capítulos anteriores, por una fuerte orientación hacia la ciencia, la alta tecnología, el beneficio económico y las instituciones gobernadas por un poder patriarcal. Cambiar la atención obstétrica tiene que ir a la par con un cambio en la visión del parto en la sociedad. Pero los medios de comunicación muestran el momento del parto como algo patológico y arriesgado, que necesita de atención médica inmediata, con el miedo al riesgo y al dolor como eje central de todo esto. La visión del parto es patológica.

Anabel destaca cómo la visión de los profesionales va de la mano de la visión de la sociedad:

Sé que España es uno de los países donde hay una mayor tasa de violencia obstétrica porque el personal sanitario hace las cosas casi como se hacían hace cuarenta años. No ha cambiado la visión que tienen sobre el parto, sobre la atención al parto. Y la sociedad tampoco.

Chos dice que lo que necesita la medicina es mucha humildad:

Creo que ojalá algún día el grado de evolución, de desarrollo, de una sociedad, se mida por la forma de nacer de sus individuos, ojalá algún día eso sea un parámetro de desarrollo, creo que es una pena que tantos niños vengan al mundo... es que ahora ya desde haber, desde saber un poco más de esto, ves nacimientos supuestamente normales, de éstos que agarran al bebé de una pierna, y es que la expresión corporal de estos bebés es de angustia de morirse. O sea, ¿cómo hemos podido durante tantos años creer que eso era normal, cómo pueden los ginecólogos, los obstetras, cómo pueden no sentir ahí pena, un poco de compasión, algo? Es tremendo, es muy triste, a mí me da mucha pena, realmente, que nos hayamos dejado engañar tanto por la tecnología y por el progreso médico y que, con todo lo bueno que ha traído, no seamos capaces de parar, ¿no? De parar y de «aquí no hace falta», o «en estos casos no hace falta», porque en el fondo lo estropea todo, pero hace falta mucha humildad también como sociedad para reconocer eso, mucha humildad y precisamente el estamento médico es que es el menos humilde de todos los posibles que hay, yo creo, como profesiones, entonces se juntan aquí muchas cosas estructurales.

Además, pone sobre la palestra un tema crucial: la medicina que se practica de **tipo defensiva**, lo cual es un modo de práctica asistencial que atiende más al riesgo del profesional como puede ser reclamaciones por parte del paciente o sus familiares, que a la evidencia científica o utilidad terapéutica como tales. Así, muchos profesionales tienen miedo a las demandas, pero saben que se valorará siempre en caso de juicio un exceso de intervencionismo, cuando en el ámbito obstétrico debería de ser exactamente al revés. Me cuenta cómo cierto médico...

... decía «no existe nunca, o es menos probable, que haya denuncias de una familia por hacer mucho, pero no hacer son todas las denuncias», o sea, las madres, y de hecho en general, por la población está extendido que cuando un bebé muere es porque no se ha hecho algo, ¿no? Entonces por eso esa obsesión también en ginecología de hacer, de hacer, de hacer. Creo que también debemos reflexionar un poco y reconocer que el tema de las denuncias y del desconocimiento a veces obliga que hagan muchas cosas para que tú sientas, para que ellos sientan, que han hecho todo lo que han podido... y claro, aquí el problema es que cuanto más se hace, peor sale, y peor se está haciendo, y claro, es muy difícil revertir todo ese condicionamiento. Y es que es lo contrario que en cualquier otro ámbito sanitario, porque en este caso lo que hay que hacer es no hacer, y creo que también de esas denuncias y de mucha gente también que va buscando por cualquier motivo lucrarse puede ser que lo que hayamos hecho haya sido cagarla totalmente, creo que desde luego el intervencionismo es bestial, de verdad, bestial, incluso cuando se intenta que sea respetuoso el proceso se establece un tiempo, y pasado ese tiempo ya se acabó, se acabó lo natural, se acabó lo respetado, eso es muy peligroso, claro, porque... ¿quién determina qué tiempo es lo normal, cuando cada cuerpo es un mundo, y encima fuera de un contexto normal, tal...? Creo que hay que plantearlo todo muy distinto, y es más, incluso ahora que están todos los protocolos de atención al parto normal, supuestamente en una vía de respeto, de no intervenir tanto, de

dejar que se produzca... creo que aun así sigue aplicándose mal⁷⁶, porque el problema es que casi todos los profesionales llevan muchos años de práctica de la otra manera y siguen sintiendo que su obligación incluso es hacer, y que si no hacen puede haber un problema, entonces es un poco complicado y tú no puedes cambiar esa mentalidad y esa práctica de tanto tiempo, ¿no?

Smiling Caballero, ginecólogo, habla sobre esto:

Las cesáreas están subiendo, porque en la mentalidad de la gente, de los médicos y de los jueces, pues se castiga más al médico que no hace y pasa algo que al médico que hace en exceso y pasa algo. O sea, cuando ha pasado una catástrofe, si tú has hecho más de lo que debías es muy raro que tengas un problema judicial. Pero si has hecho menos de lo que debías... pues lo vas a tener seguro. Fijo. No vas a poder escaquearte. Entonces eso lleva a un exceso de intervencionismo en ciertos aspectos. Entonces, a ver, en el parto se interviene menos en el sentido de que se inducen menos partos, se hacen menos episiotomías, no se pone tanto el monitor continuo, se retrasa el momento de poner la vía intravenosa, no se pone enema, se permite la postura libre durante más tiempo en el parto o con... etcétera, etcétera. Pero sin embargo los resultados finales no ven reflejado eso, el índice de cesáreas o el índice de ventosas o el índice de fórceps se mantiene y más bien sube, sobre todo el de cesáreas.

El problema que tiene la medicina defensiva es que, en realidad, se relega al paciente a un segundo plano ante la búsqueda de una supuesta seguridad jurídica, lo que resultaría en realidad totalmente contrario a la ética médica:

La medicina defensiva es éticamente inadmisible, por contravenir al menos los siguientes textos: Declaración de Ginebra, que exige al médico *velar ante todo por la salud del paciente*; Código Internacional de Ética Médica de la Asamblea Médica Mundial, al estipular que: «*el médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia*»; y el artículo 21.2 del Código Deontológico de la profesión médica, que prevé expresamente «*las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva. La medicina defensiva es contraria a la ética médica*». Al estar centrada en el profesional, procurando su autodefensa y protección, la Medicina Defensiva pervierte uno de los principios básicos de la medicina clásica, la orientación al paciente (Rodríguez Serrano, 2015).

Mrg78 me contó cómo en su grupo de amigas existe una ceguera absoluta hacia la violencia obstétrica, pero que entiende que es una estrategia también de supervivencia:

Y todavía las oyés hablar hoy en día de sus decisiones y no tienen ni pies ni cabeza, o sea, hay algunas que defienden sus cesáreas como... con un

⁷⁶ Dice *Jjj*, matrón, que «las últimas publicaciones de la SEGO o las “evidencias” basadas en la atención al parto ya previamente medicalizados ya nacen sesgadas, sólo demuestran lo que ocurre una vez que ya has iniciado determinadas actuaciones».

convencimiento, que eso yo también lo he aprendido a interpretar y a respetar, y es tú luego te cuentas... No todo el mundo se enfrenta a la verdad una vez que pasa el tiempo. O sea, no todo el mundo tiene la valentía, todas las mujeres, cuando pasa el tiempo, yo al mes siguiente también quería que me consolaran y me dijeran que había sido el mejor parto para mi hijo, pero yo hoy por hoy sí puedo decir cosas como que habría sido mejor sin epidural, hoy sí lo puedo decir, pero entonces no, porque habría sido ir contra mi propia decisión, y había tomado la mejor posible; yo ahora lo hago sin desprestigar mi decisión, la tomé porque en ese momento yo tenía miedo, y el miedo también es legítimo, y entonces yo con mi miedo usé el recurso que tenía, que era una cosa contra el dolor.

Amanda explica cómo existe una visión de madres cercanas a la crianza natural y que está muy desprestigiada: una visión de «madre loca» o «hippy» que se presenta en forma de estereotipo extremadamente común, sobre todo en cierta generación de mujeres, como comenta el ginecólogo *Mickey Mouse*:

Ahora que una hija le diga a la madre «oye, que le he presentado un plan de parto» y la propia madre le va a decir «pero tú eres una hippy y una gilipollas, haz lo que te diga tu médico y punto», entonces yo creo que ese paternalismo todavía está defendido por una generación, y esa generación es la que hace que las hijas se callen, o acepten estas prácticas obstétricas que son realmente desfasadas, que deberían... que incluso van en contra de lo que es la medicina.

La visión del parto también pasa con equiparar éste únicamente con el expulsivo, ignorando el acompañamiento inicial, que supone un aspecto más emocional y menos médico por así decirlo. Como menciona el matrón *Deiviz*,

... lo que me llama la atención es que la mujer se queda más con que el ginecólogo ha ido a hacerle el expulsivo y le da mucha más importancia a eso que al acompañamiento previo.

Para *Txu*, la base del paradigma social en torno al parto es el **miedo al dolor**:

Para mí la base de todo esto es el miedo que se tiene al dolor del parto, ése es como... la ésta. Y luego ya se abre el iceberg, y como nos han vendido que parir es dolor, que parir es sufrimiento, pues ya... «mira, no quiero saber nada, a mí que me pongan la epidural, que me pongan oxitocina, que ellos sabrán lo que tienen que hacer, que yo lo que quiero es un parto facilito y no sufrir», yo ésa es la sensación que tengo de las mujeres de mi alrededor, cuando te preguntan... «no, yo no quiero saber nada, yo no quiero pensar nada, yo quiero un parto fácil y sin dolor, que para eso están las drogas», jeso me lo ha dicho tanta gente!

El matrón *Deiviz* también menciona a este tipo de mujeres, que no quieren ser conscientes de su propio parto, quizás **paralizadas por el miedo que se les ha transmitido** culturalmente:

Hay parejas que quieren pasar por este proceso sin ningún tipo de implicación. Cero. Que llegan y «sácame lo, a mí que me hagan una cesárea»... veo que la implicación del profesional es mayor que de la propia interesada, y del interesado. Sin embargo luego hay otros que vienen y que es muy pro-proceso... No sé, a lo mejor es el miedo lo que las paraliza, supongo.

Amanda explica cómo en Holanda ella no percibió ese abuso de poder y esa falta de profesionalidad:

No me parece que en nuestra cultura, la argentina o la española, la gente sea incorrecta necesariamente, pero a veces, en situaciones en las que uno cree que tiene más poder que otro, es más frecuente que la gente se pase de sus límites. Acá los holandeses en esto son súper correctos... no sé, fueron respetuosos, se presentaban bien, con más distancia pero estaban haciendo su trabajo, ¿sabés? Y facilitándolo, desde este enfoque, en el cual estaba claro que los que tenían el bebé éramos nosotros, no ellos, con lo cual yo me sentí bien atendida.

Matrona Empoderada destaca cómo el querer estar con tu médico y confiar en él es algo cultural, y también cómo culturalmente el intervencionismo excesivo está asociado a un mayor bienestar:

A mi modo de ver el seguimiento por lo privado está basado en pruebas y pruebas y en ecografías, y siempre de más, siempre hay una sobremedicalización, imagino que es por motivos económicos, cuanto más hagan a las mujeres más se les cobra y más ganan los médicos y eso. En el seguimiento privado habitualmente no estamos las matronas, porque la gente quiere estar con su médico, creo que esto es algo cultural. Y la gente está... bueno... sigue pensando que cuantas más ecografías es mejor: cuanto más me hagan más me miran y mejor va a ir todo.

Mickey Mouse, ginecólogo, piensa que la figura del médico paternalista poco a poco irá desapareciendo:

Hay mujeres a las que les han quitado el útero con 28 años por un mioma, o le han quitado los dos ovarios y el útero por un quiste benigno de ovario, o sea... hay algunas historias que de verdad son para echarse a llorar, pero ellas están tan contentas, porque su médico decidió que era lo que había que hacer... para que veas qué cambio de actitud ha habido también en la sociedad, en las pacientes... pero de esa generación todavía hay quien le dice a la hija "oye, lo que el médico diga, lo que tal", entonces bueno, pues... no guste o no, la generación de nuestras madres se morirá en algún momento, entonces pues también cambiará esa defensa del médico paternalista, yo creo que hoy en día el médico tiene que ser otra cosa.

El también ginecólogo *Smiling Caballero* considera esta visión del parto actual muy complicada, porque por un lado ya no se quiere la figura del médico paternalista pero por otro las responsabilidades entonces no queda claro a quién pertenecerían:

La práctica de la medicina del siglo XX es abusiva, hay un abuso de poder, el médico es el padre y el paciente es el hijo que no sabe nada y el padre le puede castigar o le puede... o le tiene que obligar a que estudie o a que tenga el parto de esta forma o a que se tome este tratamiento o a que se opere. En mi concepción actual eso no es así, y eso para mí es un abuso de poder. Pero claro, es que ese abuso de poder viene también de una asunción de responsabilidades equivocada. Entonces, bueno, pues es... pues van las dos cosas de la mano, la responsabilidad con el abuso de poder. Así que es un tema complicado.

La ginecóloga *Marta* me comenta cómo hay veces que son las propias mujeres quienes piden un exceso de intervención, cómplices de una visión sociocultural del parto de la que ni siquiera son conscientes:

Tú imagínate una mujer de un nivel sociocultural bajo, es que precisamente lo que nos piden, curiosamente, es que le hagamos una cesárea, que le pongamos el gotero, que... es que te lo piden ellas, ¿sabes lo que te digo? O luego también están los que son gente así conflictiva, y eso, que además te amenazan, de vez en cuando hay alguno de éhos, «tenga cuidado, que...», algunos gitanos de por allí que son conflictivos, y alguna cesárea hemos hecho por eso, ¿eh? Porque cualquiera se atreve a salir ahí... es decir, muchas veces te piden lo que está mal para... o sea, te piden que seas violento realmente (se ríe), ¿sabes? [...] A mí lo que no me parece una ventaja es que venga una «y por qué, si al final va a ser una cesárea, por qué no me meten en el quirófano ya» (imita voz chillona), ¿sabes? Si te habla así una mujer, con un nivel sociocultural bajo y eso, es que no sabes qué hacer con ella, y además dices «joer, como sea al final una cesárea, a ver quién le explica a ésta, luego dirá que es que fíjate, no me la hicieron antes, no sé qué, no sé cuántos» (se ríe), ha calado tan hondo todo el tema del intervencionismo que la gente te lo pide, sobre todo gente de nivel bajo. De todas formas, aun así, siempre intento ponerme en el lugar de la persona, explicárselo, intento ponerme en su forma de... en su forma de entendimiento y todo eso, y aun así he conseguido cosas, o sea, que tampoco hay que dar por perdido todo.

Destaca que quien pide este exceso de intervenciones es porque tiene tan interiorizada la violencia que ya no puede entenderlo de otro modo:

Es que la mujer ésa que te dice «por favor, ponme un gotero, acabemos ya con esto», «hazme una cesárea, porque esto no sé qué», es que eso te dice que la violencia la tenemos tan interiorizada, incluso los mismos profesionales, que no somos conscientes de eso, porque nos falta... porque ni en la carrera ni en la especialidad nos han enseñado nada de epigenética, neurociencia, de cómo afecta a la salud primal todo el proceso del embarazo, el parto, la crianza de los primeros años...

Matrona Empoderada está convencida de que mientras las propias mujeres no demanden cambios, las cosas no van a cambiar:

No todas son muy conscientes de la realidad, de lo que pasa en los hospitales. Muchas están satisfechas con la atención, pero creo que realmente no saben

que no se les está atendiendo como debieran, porque no se están siguiendo las recomendaciones y... y bueno... pero lo cierto es que muchas están satisfechas, entonces mientras las propias mujeres no demanden un cambio en la atención y eso, no... el cambio no va a ocurrir.

Superar el paradigma cultural, la visión del parto que tenemos en nuestra sociedad, viene necesariamente de la mano de perder el miedo al parto. Porque además, cuanto más miedo al parto se tiene, más aumenta el intervencionismo en éste, según recogen varios estudios (Selin y Stone, 2009: 61). Así, las mujeres más informadas **estarán psicológicamente más preparadas** para saber qué esperar de un parto y qué intervenciones permitir por parte de los profesionales que lo asistan.

Pero hay más: no sólo es posible el parto sin dolor, sino que también están documentados los partos orgásmicos. La célebre matrona Ina May Gaskin cifra en torno al 21 % el número de partos orgásmicos (Gaskin, 2003), y existen otros estudios similares que arrojan unos porcentajes muy parecidos.

Pero con el modelo obstétrico que tenemos en España, parir sin dolor resulta algo bastante complicado. Porque entre las primeras mujeres que parían en cuclillas en los bosques y que rompían con los dientes el cordón umbilical y las de ahora, que se encuentran inmovilizadas en camillas de parto, se supone que la tecnología debería haber evolucionado para permitir mejores partos... cuando muchas veces, lo único que se consigue es, primero, patologizar un estado saludable y perfectamente normal, y segundo, intervenir hasta extremos absurdos en una cascada imparable donde las madres se «dejarán hacer», cosificadas, pasivas, sumisas... y aterradas.

5.7.2. Mejoras en la atención obstétrica

Es necesario dejar un mensaje de optimismo, porque todos los profesionales están de acuerdo en que las cosas están cambiando, aunque sea poco a poco. En efecto, puede observarse cómo en los últimos años está disminuyendo el número de ciertas prácticas, por ejemplo, la episiotomía: si hace treinta años se realizaba prácticamente en todos los partos vaginales, ahora mismo se sitúa en un 41,9 % (OSM, 2012: 26): aún le queda mucho para llegar al ideal de la OMS (menos de un 15 %) pero existe cada vez más conciencia sobre cómo se abusa de dicha práctica. Sin embargo, las tasas de cesáreas (ver apartado sobre estadísticas) permanecen inalterables e incluso suben ligeramente.

Una misma mujer puede parir de manera muy diferente según el hospital que elija, según la Comunidad Autónoma en la que resida y desde luego según si se decanta por la sanidad pública o la privada. Comparando a España con los otros países europeos, aún tenemos altas tasas de episiotomías, inducciones y partos instrumentales, sin que esto esté asociado a unos mejores resultados en cuanto a mortalidad perinatal. Así que es necesario un cambio, porque la evidencia científica así lo avala, y porque las propias mujeres también lo solicitan. Por desgracia, como decimos, los cambios suelen suceder mucho más despacio de lo que nos gustaría. La matrona *Covicheira* opina que los cambios varían mucho:

Es cierto que se van dando cambios, pero bueno, también varía mucho de un área de salud a otra, de un hospital a otro, y va en general de forma más lenta de lo que querríamos.

El matrón *Al* expone que los cambios son lentos, y destaca igualmente la visión cultural del embarazo como algo patológico:

Creo que poco a poco, muy lentamente, eso sí, va cambiando la cosa. Creo que va cambiando y que cambiará más, pero en España funcionamos muy lentos a la hora de cambiar, siempre vamos unos años por detrás. Y eso se nota. Creo que es una atención muy enfocada a eso, a la patología, a que no pase nada y punto, más que a que la mujer pueda disfrutar del proceso. Y es una pena. Es una pena porque ya de por sí el embarazo, el parto y el puerperio están relacionados culturalmente con los miedos y con la patología, y si encima no fomentas que la mujer pueda disfrutarlo, pues... pues no llega a hacerlo.

Deiviz, matrón, afirma que él sí va viendo cambios desde que comenzó:

Cuando yo empecé era como muy rutinario en el hospital donde yo estaba, y ahora... no. Ahora ya no. De forma rutinaria ya no se hace. Es todo lo... se tiene muy en cuenta pues lo que la mujer quiere, en cada parto se le pregunta todo. [...] Ha habido un cambio muy grande de cuando yo empecé de residente de matrona a ahora, ha cambiado mucho, muchísimo, y se deja a la mujer hacer muchísimo más de lo que se dejaba antes, antes sí se tenía a la mujer como paralizada, como... como si fuera una enferma. Y ahora la que tiene el parto normal es la que elige, ella elige si quiere estar de pie, si se quiere tumbar, si quiere andar, si... lo que ella quiera. Cuándo se quiere poner la epidural, si no se la quiere poner pues no se la pone... yo creo que sí, que ya no se hace la episiotomía por rutina...

Indie Matrona nota estos cambios:

Sí que he notado un buen cambio porque a nivel de mi hospital específicamente es verdad que se está defendiendo mucho, incluso en las páginas web del hospital lo ves, se está defendiendo un parto humanizado pero además positivamente, o sea, matronas que a lo mejor estaban más obsoletas y tal, que

antes miraban mal a las matronas que intentaban un parto respetado, ya están más en el «lado oscuro», o sea, son ellas las que no se unen al equipo de... tiene que ser algo intermedio. [...] ¿Que se podrían intervenir menos? Sí. ¿Que requeriría más dinero y más personal? También. ¿Que no se hace mucho por eso, porque si hicieramos partos naturales tendría que haber una matrona por cada mujer que está dilatando? Eso es hoy día pedir peras al olmo, o sea, no se puede cubrir así. Entonces es que depende de la economía, depende de la economía, pero es verdad también que la mentalidad se ha cambiado.

El ginecólogo *El Cid* cree que las mujeres tienen que pedir cambios para que éstos se lleven a cabo, aunque no sea inmediatamente, pero algún día dejará de ser «pedir peras al olmo»:

Un ejemplo: Si el plan de parto de una paciente incluye su deseo de parto acuático, está claro que antes se debe disponer de un recinto específico para ello, personal entrenado etc. Pero, no por eso se debe apartar o desechar la idea como peregrina o imposible, simplemente es que actualmente, la sanidad pública aún no tiene instalaciones de ese tipo. La evaluación posterior está directamente relacionada con la disponibilidad real del presupuesto respectivo, el resto, depende de que los gestores tomen cartas en el asunto con el fin de aportar la alternativa solicitada en el menor tiempo posible.

La matrona *Luna* comenta el caso de Catalunya, donde se está intentando que los partos en casa estén financiados por el sistema nacional de salud⁷⁷:

Pues la atención obstétrica en España está cambiando, y va cambiando, pero muuuuy despacito, y también depende mucho de qué zonas hablemos, por ejemplo en Catalunya pues solemos ir un poquito más adelante, tema casas de partos, bueno... ahora estamos intentando que el parto en casa esté financiado dentro del sistema público de salud... pero bueno, son cosas que vamos trabajando desde aquí. Y sí que hay ganas de cambio, pero como te digo, las cosas van muy muy muy lentas, de hecho, las recomendaciones que se dieron en el 86 de la OMS, aún muchas de ellas se siguen sin aplicar hoy en día en muchos hospitales y muchos paritorios españoles. [...] Pienso que básicamente lo que tiene que cambiar es empezar a utilizar prácticas basadas en evidencia científica, que las matronas se encarguen de los partos normales, y sobre todo dar voz a las mujeres, creernos lo del consentimiento informado, la ley de autonomía de las pacientes, y de empezar a reconocer que el parto es de las mujeres y no de los obstetras ni de los profesionales ni de nadie más que de las mujeres y sus bebés, y que ellas son quienes eligen y nosotros sólo acompañamos. Esto, que es algo muy básico en Inglaterra, aquí pues parece que cuesta mucho, muchísimo, de entender, y aún sigue habiendo mucho paternalismo por parte de los profesionales y las instituciones, los protocolos, etcétera.

⁷⁷ Catalunya es hoy en día la comunidad donde más partos en casa se realizan (Educer, 2010).

El ginecólogo *Mickey Mouse* resalta la importancia de que por fin se llame «parto normal» al parto fisiológico, eliminando ese matiz de «parto natural» asociado a mujeres «hippies» del que hablábamos en el punto anterior:

Es verdad que ahora es la tendencia actual, de hecho, lo que esto se llamaba hace años «parto científico humanizado», que era un nombre así un poco extraño, o «parto de mínima intervención», ahora ya en los protocolos se pone como «parto normal», o sea que ya se le ha quitado ese matiz como de «eres un hippy», ahora es el parto... lo que antes era parto respetado, etcétera, lo han llamado de muchas maneras, estaba ya con ganas de que lo llamaran «parto normal» (se ríe), coño, porque es que es el parto normal, con lo cual lo otro es el parto anormal.

Y añade que el camino ya está iniciado:

Yo creo que tarde o temprano se va a dar ese cambio. Yo creo que efectivamente el camino está iniciado y que la transición se va a hacer, lo que pasa que cuesta, cuesta cambiar.

Savannah, ginecóloga, opina que cada vez se están escuchando nuevas directrices menos intervencionistas, aunque sea despacio:

Al final estamos mamando otra cosa, ya estos años estás escuchando piel con piel, no sé qué, la cesárea no es lo mejor... entonces yo creo que aunque hay alguien joven en la privada, tampoco es tanto, tanto, pero sí se nota la gente así un poco mayor que se va jubilando... noto como un poco menos de intervencionismo, pero... bueno, no tanto menos. Y te exploro cada vez que quiero sin pedirte permiso, te cojo un monitor interno sin que haga falta, te pongo una vía sin que haga falta... hay mucha, demasiada. Demasiada, y demasiado normalizado.

También la ginecóloga *Yogui* opina así:

Quizás sí que están cambiando las cosas, ¿no? Probablemente a mejor, a intentar, dentro de mantener una seguridad en el momento del parto, tanto para la madre como para el niño, pues intentar que las mujeres decidan un poquito más en lo que es el momento del parto, pero como todo... nosotros siempre somos partidarios de mantener la seguridad tanto para la madre como para el niño... y bueno, yo creo que... porque hay muchas mujeres que están volviendo a intentar parir en casa, yo creo que eso realmente es un error, pero... bueno, pues sí que hay corrientes últimamente, y hay cosas que se están modificando, al final pues lo importante es que cada uno haga lo que considera que tiene que hacer.

Yogui cuenta además cómo eran las cosas hace algunos años:

Quizá hace años, cuando yo hice mi residencia, pues sí se intervenía mucho más, a todas las pacientes se les ponía oxitocina, se les rompía la bolsa, se hacía un poco prácticamente lo mismo independientemente de en qué situación llegaran, hoy en día se ajusta un poco más a las situaciones de la paciente.

El ginecólogo *Smiling Caballero* cuenta cómo han cambiado los protocolos en los últimos cuarenta años:

En los años 70 en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, por poner un ejemplo, había un protocolo para parto normal que consistía en sedación completa, rutinaria, para... bueno, era inducción rutinaria, porque cuando estaba de un centímetro ya se rompía la bolsa, se inducía el parto, porque eso no es estar de parto, te lo inducen, se rompía la bolsa y te ponían oxitocina rutinaria. Y cuando se llegaba a una serie de centímetros, sedación completa, la mujer ya dormida, y extracción del bebé con fórceps cuando alcanzaba ya un determinado plano. Se llevaba al bebé a una cuna y se llevaba a la madre a una unidad de reanimación, para que se recuperara. Y cuando ya la madre al día siguiente se había medio podido recuperar, con el periné hecho un tomate, porque le habían aplicado ahí un fórceps por rutina, le daban a su bebé llorando. Eso llegó a ser una práctica... un protocolo que durante un tiempo se hacía por rutina en los años 70. Entonces ahora, desde ahí, fíjate en todo lo que hemos avanzando (se ríe), porque ahora estamos avanzando en el sentido contrario, hacia atrás, estamos desmedicalizando el parto, en todos los hospitales del mundo.

Y concluye exponiendo cómo se está pasando de la «medicina basada en la eminencia» a la «medicina basada en la evidencia»: menos paternalismo y más ciencia.

La atención obstétrica está cambiando no algo, muchísimo. En España y el mundo. ¿Por qué? Pues porque ha llegado una nueva forma de entender lo que es ciencia y lo que no que se llama «medicina basada en la evidencia». Hasta el siglo XX lo que se practicaba era «medicina basada en la eminencia»: este señor es una eminencia, y dice que hay que hacer una monitorización fetal electrónica durante todo el parto. Entonces todos los partos con monitorización. Y este otro señor es una eminencia y dice que cuando se hace un corte con la episiotomía el corte es más limpio y se sutura mejor, y entonces hay que hacer episiotomía generosa en todos los partos, por rutina. Entonces aquí tenemos la medicina basada en la eminencia (se ríe), hoy día eso lo hemos completamente desecharido, el que defiende eso está anticuado, aunque todavía lo encuentres, y todavía muchos peritos médicos, todavía muchos profesionales se creen la medicina basada en la eminencia. Hoy día tenemos que hacer medicina basada en la evidencia científica.

¿Y qué pasa cuando aparece nueva evidencia científica que viene a demostrar que lo que antes se pensaba sobre una cuestión no es como se pensaba? Pues que, en el terreno obstétrico, deberían adecuarse los protocolos a esa nueva evidencia. Cambiar los protocolos según la evidencia científica es de suma importancia, pero esto no siempre sucede con la celeridad con que debería. *Covicheira*, matrona, dice que:

Llegar a acuerdos de los protocolos a veces es complicado, y se hacen reuniones cuando se va a modificar algún protocolo, se hacen reuniones con representantes de las diferentes categorías y se trata pues de llegar a acuerdos (se ríe), ya te digo, a veces... bueno... un poco complicado, por eso resulta a veces un poco difícil avanzar, ¿no? en los cambios, porque somos muchos

profesionales, cada uno con su parte de trabajo y lo que para unos nos resulta fácil pues dificulta el trabajo de los otros... entonces es complicado...

La matrona *Mar* da unas pistas de lo que ha pasado con la aplicación de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*:

Podría decir que sí [que algo está cambiando en la atención obstétrica], pero a un paso muy lento. En el 2007 se publicó la Estrategia del Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Su promotora fue Concha Colomer, la Directora del Observatorio de Salud de la Mujer y que murió a los 53 años el 2011. La publicación de la Estrategia fue una herramienta muy importante para las mujeres y las profesionales que trabajábamos por una atención más respetuosa. Durante estos años ha servido como apoyo institucional, aunque la falta de la persona que lo impulsa y el poco interés por parte del gobierno, ha hecho que desde entonces no tengamos a nadie que vele por su interés en el Ministerio.

El director del Servicio Extremeño de Salud en una entrevista opinaba que el mayor problema para que realmente se implante la *Estrategia de Atención al Parto Normal* es principalmente la falta de un protocolo común: «existen estrategias de parto normal, pero no se les ha dado el impulso necesario» (Sevillano, 2013). Por lo tanto, aunque es evidente que están realizándose cambios, quizás no se den con suficiente celeridad, o las autoridades sanitarias tampoco están insistiendo demasiado en que dichos cambios son no sólo necesarios, sino que se encuentran avalados por la evidencia científica.

5.8. LA IMPORTANCIA DEL ACTIVISMO

Muchas mujeres utilizaron la entrevista como vehículo de desahogo, profesionales incluidas, con lo que se compartimos momentos muy emotivos con risas, lágrimas, confidencias, ira y todo tipo de emociones. Además, resaltaron cómo es necesario hablar de todo esto, cómo no hay que esconderlo debajo de la alfombra. *Anabel* decía:

Me encanta poder soltar todo esto que llevo guardado, sí que hay que soltarlo de vez en cuando y decir lo que hicieron y lo que sientes, porque es curativo también.

También *Txu*:

Me interesa que poco a poco vaya cogiendo alcance, que le llegue a la gente parece un tema que sólo las locas... A mí me sorprende que no sea algo cotidiano, popular, vox populi, que no se hable de esto como lo que es, lo que sucede día a día.

Gloria destacó que es muy interesante que se aborde la violencia obstétrica desde el ámbito académico:

Me parece muy interesante que se aborde desde el ámbito más académico, que se visibilice, que se estudie con otros criterios que el testimonio personal o el abordaje así más de las usuarias.

Los movimientos sociales, entre ellos los feministas, resultan de gran importancia para lograr cambios: comienza un proceso continuo de progreso por ambas partes (el activismo logra un cambio social, éste hace que se cambien las formas de activismo, y de nuevo se logrará un cambio, etc.). Según el activismo se va consolidando, crea un discurso propio que propicia el cambio social. Por lo tanto, **impulsar cambios en la atención obstétrica pasa inevitablemente porque las mujeres también pidan esos cambios**. Según vaya modificándose la visión del parto en la sociedad, las mujeres van a ir demandando una atención de acuerdo a ese nuevo paradigma: el problema es que resulta complicado observar los resultados del activismo porque éstos generalmente tardan muchos años en ser visibles. En palabras de la ginecóloga *Savannah*:

Sobre todo la mentalidad, sobre todo de las mujeres, bueno, de todos, de la familia en general... sobre todo eso, mientras ellas estén más informadas y exijan más creo que eso a nosotros también nos exige que nos actualicemos y que vayamos de otra manera. Sobre todo información, y buena información.

Mathil pone como ejemplo el hospital de Torrejón, referente en Madrid en partos respetados:

Que se tienda más a lo que está haciendo pues a lo mejor el hospital de Torrejón, el sentirte que estás como más en... que no estás tanto en un hospital, que es más como una habitación, está todo como más enfocado a que tú estés cómoda, y a que vivas más tu parto, entonces creo que esa parte sí que debe ir más enfocada ahí, creo que también deberían tender a lo mejor a explicar más, sobre todo la persona que te lo demanda, porque si hay una madre que prefiere no saber o no preguntar, respetarlo, pero a la que te pregunte, sí que darle como a lo mejor un poco más de explicación, estar más con ella durante todo el proceso, no dejarte esos tiempos muertos ahí como abandonados a ver si dilatas, que te quedas un poco...

La ginecóloga *Marta* piensa que lograr un modelo como el de ese hospital es una simple cuestión de voluntad:

Siempre piensas «bueno, estas cosas... quizá los privados los pueden hacer porque tienen menos volumen», siempre buscas esas cosas, pero cuál fue muy sorpresa que fuimos a Torrejón de Ardoz, que apuesta por un paradigma más humanizado y tal, y resulta que allí hacían las cosas como se tienen que hacer, y

se hacían, y era un hospital igual de grande que el mío, con lo cual digo «bueno, si lo que estoy viendo se hace, es que se puede hacer», entonces no hay excusa, que no se trata de que eso es para hospitales chiquititos, no sé qué... siempre se decía eso, pero no... lo que falta es voluntad.

Mickey Mouse, también ginecólogo, cree que son necesarias al menos dos generaciones de profesionales para conseguir cambios:

Y normalmente a los que intentan cambiarlo, a la primera remesa se los cepillan a todos, los decapitan y los mandan a los centros de salud... y luego la segunda remesa es la que consigue el centro.

Emma cree que los movimientos feministas tienen que seguir apostando por una defensa de los partos respetados dentro de la sanidad pública:

Creo que el movimiento de mujeres tendría también que apostar por que los partos respetuosos se hicieran en la sanidad pública en general, que quien se pueda pagar una doula está genial, no deja de haber ahí un corte de clase, y está guay que las feministas también luchemos por eso, pero yo creo que... que el movimiento de mujeres debería hacer lobby para que en todos los hospitales públicos, las mujeres pudieran tener un embarazo y un parto respetados, que es lo que debería ser, no debería ser la excepción. No debería ser como pasa, mujeres del País Vasco que se vienen a parir a Torrejón, no tiene sentido que te vayas de tu casa, que estés fuera de casa, que estés los días del parto en un hotel porque quieras tener un parto respetado y en tu comunidad autónoma no lo tengas. Y encima en un proceso tan natural como es dar a luz.

Mar, matrona, me explicó que:

Sí, hay violencia obstétrica, no está reconocida ni conocida... para acabar con esta violencia obstétrica primero hay que reconocerla, entonces se está haciendo mucho trabajo por parte de grupos de mujeres, por grupos feministas...

Y además me dio un ejemplo muy interesante de cómo el activismo consigue cosas, y creo que éste resulta un estupendo ejemplo y lanza un mensaje optimista de que los cambios a veces van lentos, a veces parecen pequeños, a veces ni siquiera se perciben... pero muchas personas haciendo cosas pequeñas en muchos lugares, al final, logran cambiar el mundo. Y así, al igual que la atención obstétrica de hoy en día, a pesar de todo, no tiene mucho que ver con la de hace cuarenta años, de aquí a unos años seguramente todo habrá mejorado aún más. La cohesión, el empoderamiento y la sororidad son las claves:

No sé si te puede interesar o si ya la conoces, pero deseo hacerte saber que en nuestra comunidad tenemos la Ley Balear de Salud que incluye las recomendaciones de la OMS. Es la única ley en todo el estado que incluye las

recomendaciones de la OMS. Se consiguió su inclusión gracias a la Asociación Naixenxa (por un parto y nacimiento fisiológico y respetado). Yo no solamente pienso que este tipo de asociaciones pueden conseguir, sino que es a través de las peticiones de las mujeres, generalmente canalizadas o aglutinadas, quiero decir... ay, no me sale la expresión... agrupadas en asociaciones o tal, como pueden conseguirse los cambios. No esperemos que el modelo por sí mismo nos facilite los cambios, tiene que tener algún tipo de presión. El modelo en el que se están asistiendo los partos es demasiado cómodo para el sistema, si las mujeres no presionan, no hacen... no obligan a un cambio, no se haría, por supuesto, lo tengo clarísimo. Tienen que ser las mujeres, son las mujeres, y los grupos de presión... los que promueven y consiguen los cambios.

Txu anima a las mujeres a que luchen, a que empiecen a ser conscientes:

Pues es que partiendo de eso, del sistema patriarcal y del machismo que hay en los partos, es que no sé en qué momento las mujeres vamos a empezar a ser conscientes y a darnos cuenta de esto, y ya no te voy a decir ni la palabra «luchar», o sea, apostar porque otras formas de parir son posibles, y... no sé, yo... es que es un tema como que me enciende mucho, me enciende mucho tener amigas que no han querido interesarse por el proceso, y que las has intentado... sin meterte, ¿no?, sabes que esto es delicado, pero las has intentado asesorar un poco, pero siempre «ay, es Txu, es ella, siempre sus cosas», y luego, después, cuando han tenido un parto traumático... ya sabes que siempre el segundo parto cambia, pero el primero, esa mujer que va tan sumisa... no lo entiendo.

El activismo es necesario porque resulta la única manera de ejercer presión social para que la atención obstétrica vaya mejorando. Gracias al activismo se consiguió la *Estrategia de Atención al Parto Normal*. Gracias al activismo puede lograrse mucho más. Pero el activismo pasa, necesariamente, por un gradual **empoderamiento** de las mujeres: tenemos que perder el miedo al parto, el miedo a nuestros cuerpos, el miedo a lo fisiológico. Porque nacer en medio del miedo y perpetuar ese miedo de generación en generación hace posible que las estructuras de poder se mantengan.

Entregar el momento del parto a la asepsia hospitalaria, al personal médico, al «paradigma tecnocrático», (Davis-Floyd, 2004), a las máquinas de medición, es rendirnos a nuestros miedos, es permitir que la sexualidad siga reprimida, es posibilitar esa desconexión total con nuestros cuerpos. Si el parto duele, las mujeres tendrán miedo de ese momento, que se les antoja extraño, patológico, fuera de control. De ese modo la cadena de poder y represión puede continuar. Porque mediante el dolor y el miedo, manejar a las personas resulta lo más sencillo del mundo.

VI. CONSIDERACIONES FINALES.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El ginecólogo fue tan brutal que me dio un manotazo... llegó un momento en que era tan escandaloso que le toqué así el brazo y le miré a los ojos como diciendo «para, por favor» y me dio un manotazo diciendo «¡quita, aquí mando yo, no me digas lo que tengo que hacer!». Horroroso. Parecía una violación.

«Matrona Empoderada», matrona

Hemos analizado cómo las raíces de la violencia obstétrica están profundamente hundidas en relaciones de poder, donde el género y la jerarquía médica resultan conceptos clave. Frases como «te voy a coser porque si no tu novio se va a enfadar conmigo» (testimonio del blog de *El Parto Es Nuestro*) tras una episiotomía son hoy por hoy vistas con tal normalidad que la tremenda carga sexista que conllevan pasa desapercibida para demasiada gente. La obstetricia como ciencia en el siglo XX, desplazando los partos a los hospitales, ha conseguido mostrar el momento del parto como un acontecimiento médico, cercano a la enfermedad, en donde las mujeres han de dejarse «sacar» al bebé (porque el parto es visto como un mero procedimiento donde sólo importa el «producto final» y no el acto en sí), perpetuando la subordinación de las mujeres, que son tratadas como niñas pequeñas con necesidad constante de tutela, incapaces de tomar sus propias decisiones o de responsabilizarse de su propia salud.

Todos los mamíferos tienen en sí una atracción irrefrenable entre la madre y su bebé, pero además en la especie humana, donde los bebés nacen totalmente desvalidos a causa de la bipedestación (ver apartado 4.2.), esa atracción es aún más necesaria si cabe. Pero a la sociedad patriarcal este vínculo le estorba, por eso se ha ocupado a lo largo de estos milenios de romper la simbiosis madre-bebé (Odent, 1990), para que nada más nacer el bebé se encuentre en medio de un desierto afectivo, salpicado por todo tipo de carencias físicas, para las que su cuerpo no estaba preparado, como hemos visto en la «fase de separación» del apartado 5.4.2. Ya lo dice Casilda Rodrígáñez (2000):

El malestar de nuestra cultura se debe a todo lo que desencadena la robotización de la función materna, al desquiciamiento de la sexualidad, las relaciones patológicas y el desierto afectivo que este desquiciamiento produce.

Pero además el problema resulta mucho más complejo de lo que puede parecer a simple vista, porque los estudios de medicina están basados en un paradigma androcéntrico que perpetúa esa visión patológica y sesgada de la maternidad, amén de que los propios profesionales pueden incluso llegar a verse a sí mismos como redentores de «esas pobres mujeres sufrientes». Si vivimos en una sociedad patriarcal, y por ende machista, y el androcentrismo de la medicina ve como sujeto «por defecto» al varón, las mujeres serían algo así como «ciudadanas de segunda», y todos los momentos de su sexualidad

serán reprimidos, medicalizándolos y patologizándolos, porque el miedo es el arma más poderosa que existe, y una mujer que teme a sus propios procesos naturales será una mujer que se deje hacer, que colabore ofreciendo su pasividad en aras de esa visión enfermiza.

Dentro de las jerarquías de los profesionales sanitarios, además, muchas veces no está muy claro quién debe de hacer qué, y el problema es que si supuestamente (al menos en la sanidad pública) son las matronas las encargadas de los partos normales (fisiológicos), ¿por qué muchas veces los ginecólogos les arrebatan ese poder? Las matronas de este estudio me comentaban del gran peligro que suponen los protocolos no escritos, o costumbres del servicio, porque consistían en acuerdos tácitos, pero no reflejados por ningún sitio, de que los ginecólogos podían tener el poder de hacer y deshacer a su antojo. Y si se trata de profesionales que han sido entrenados para la patología, para los partos problemáticos y que requieren de instrumental o de cualquier otra intervención... ¿no será ésa una de las causas de que vean patología por todas partes, como el efecto nocebo del que nos hablaba *Smiling Caballero*? Los partos atendidos exclusivamente por matronas, ya lo hemos visto, tienen muchas menos intervenciones y las madres suelen tener un grado de satisfacción para con sus partos más altos de media (Hodnett *et al.*, 2008). ¿Por qué, entonces, a veces hay ginecólogos que se saltan su papel y se acaba en una cascada de intervenciones en un parto que parecía que iba a ser rápido y totalmente natural?

En la sanidad privada el problema es otro, porque los ginecólogos son quienes atienden el parto aunque éste sea fisiológico, con lo que los datos hablan claro: hay muchas más intervenciones (ver apartado 5.2.2.10) y se mete «más prisa» a las mujeres para que el parto termine. Ya nos contó *Mickey Mouse* cómo en la sanidad privada las aseguradoras pagan según *forfaits*, así que los partos no son sino negocios, y como tal, muchas veces, se atienden.

Cuando comencé este estudio, era consciente de la gran cantidad de mujeres que sufren a causa de la violencia obstétrica. Es más: estoy convencida, a día de hoy, de que todas las mujeres del mundo sufriremos, antes o después, en mayor o menor medida, violencia obstétrica. Pero lo que sí me ha resultado una auténtica sorpresa es constatar que los profesionales también sufren: los que son conscientes de que sus compañeros

realizan violencia obstétrica (por ejemplo, las matronas que ven cómo los ginecólogos que son sus superiores jerárquicos realizan prácticas inadecuadas y ellas no pueden hacer nada para evitarlo) y los que un día se dan cuenta de que han estado realizando violencia obstétrica ellos mismos sin haber sido conscientes: simplemente, habían seguido la línea de lo que habían aprendido en su formación, sin cuestionarse nada. Los profesionales, al menos en su gran mayoría, no son «psicópatas» que quieran causar daño intencionadamente: son simplemente personas dentro de un sistema profundamente androcéntrico, y como tal, la visión que han recibido del cuerpo de las mujeres y de su sexualidad es patologizante, la mayoría de las veces sin darse ni cuenta.

Además, existen dentro de la práctica de la obstetricia unos turnos extremadamente largos, que inevitablemente tienen que influir en el estado mental de los profesionales que los viven: no se trata igual a una mujer tras dos horas de trabajo que tras doce, lógicamente. El cansancio es un factor muy importante y que hace mucha mella en el estado de los profesionales. Igualmente, el estrés o el «estar quemado» (*burnout*) son altísimos en ginecología. Todos éstos resultan factores que no hay que obviar dentro de la asistencia en el embarazo y el parto: profesionales «quemados», con una presión asistencial muy fuerte, no podrán muchas veces atender como es debido a las pacientes, y no se encontrarán tampoco anímicamente con energía o ganas.

Muchos profesionales acaban hartándose de estar dentro de un sistema en el que sienten que las cosas no se hacen como se debiera, y algunos se acaban saliendo de éste, bien definitivamente, bien para atender partos a domicilio o buscando otros caminos más respetuosos. Pero quizás los más valientes son quienes se quedan dentro del sistema, intentando muchas veces remar contra corriente para ir logrando cambios, aunque sean nimios. Muchos cambios pequeños consiguen un gran cambio.

La *Estrategia de Atención al Parto Normal* supuso un enorme avance de cómo se podrían realizar las cosas teniendo siempre en cuenta la evidencia científica, pero el problema es que muchas veces esto se quedó sólo en buenas intenciones. Los protocolos hospitalarios tardan mucho tiempo en ser modificados, y sólo un 9 % de los hospitales españoles (OSM, 2012: 63) han incorporado la totalidad de los ítems que aparecen dentro de dicha *Estrategia*. Desde luego, los hospitales deberían realizar un mayor esfuerzo para que sus profesionales reciban una formación continua, basada en la

evidencia científica más actual (recordemos que, según los profesionales de este estudio, la formación no es obligatoria, con lo que resulta perfectamente posible que existan profesionales que decidan no «reciclarse»), y que los protocolos igualmente estuvieran en consonancia con ésta. Si en España existiera una obligatoriedad de estadísticas hospitalarias a disposición del público, contrastadas y auditadas, sobre la asistencia en el embarazo y el parto (recordemos que dicha obligación, hoy por hoy, no existe, y menos aún en la sanidad privada), los datos ayudarían a que el número de intervenciones fuera bajando sin ninguna duda: con los datos claros sobre la mesa es más fácil ejercer presión social.

La interacción entre la atención en el embarazo y parto (supuestamente basada en los protocolos de cada hospital) y el trato a la parturienta como tal es también algo muy delicado: atención y trato se acaban entremezclando, porque quienes atienden llevan a la espalda sus propias subjetividades, historias personales, prejuicios, maneras de percibir el parto como momento patológico o no... Es lo que he denominado «factor azaroso» (dependiendo de quién te toque, así será tu parto), del que muchas mujeres se quejaban, aunque en realidad el azar es sólo desde el punto de vista de la parturienta, de cómo ella recibe la asistencia, porque cada profesional tiene por detrás su propia historia, como decimos. No hay ninguna garantía de que vayas a tener un parto respetado, si éste depende totalmente del personal que toque en ese momento. Este azar es un condicionante de gran peso dentro de la violencia obstétrica.

Hoy por hoy, la lucha para erradicar la violencia obstétrica tiene tres frentes principales abiertos:

- **PREVENCIÓN:** hay que fomentar el respeto a las mujeres por medio de la educación y las campañas de sensibilización, para que la violencia de género en general y la obstétrica en particular sean erradicadas. La prevención es absolutamente imprescindible, porque va a las raíces, a la violencia estructural de la sociedad. La prevención es educación y es información.
- **FORMACIÓN:** el personal sanitario tiene que estar al tanto de la evidencia científica, para lo que debería ser sometido a evaluaciones periódicas. Además, es imprescindible que se realice un listado decente y actualizado de estadísticas

de los hospitales, tal y como recomienda la OMS, para que las mujeres puedan decidir dónde parir en base a las tasas de cesáreas, episiotomías, etc. Por supuesto, la *Estrategia de Atención al Parto Normal* debería ser de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional.

- **PENALIZACIÓN:** por último, hace falta que a nivel legal se penalice la violencia obstétrica, puesto que hoy en día es invisible, al estar normalizada.

Exigir leyes que penalicen la violencia obstétrica no sólo es una manera de visibilizarla, sino de deslegitimarl. Porque la violencia obstétrica no debería ser lo normal. Pero además, es aún más importante la prevención, evitando los protocolos médicos obsoletos que patologicen el parto, que se apropien indebidamente de los cuerpos de las mujeres, y que contemplen el nacimiento como un acto donde las mujeres son meros contenedores que deben «dejarse hacer». Y para esto, como para toda la violencia de género, lo que hace falta es una simple cosa: **pedagogía**. Educar y reciclar los profesionales en un nacimiento respetado —pues según la evidencia científica cuanto menos medicalizados estén los partos mejor resultará la experiencia desde todos los puntos de vista: psicológico, físico, económico...— es la única opción posible para conseguir superar los treinta años de retraso que llevamos respecto a otros países (Europarl, 2010).

Sé por experiencia propia lo complejos que resultan esos primeros momentos con un recién nacido, la sensación de confusión y pérdida, el pensar «¿y ahora qué?», en ocasiones recibiendo consejos desactualizados o contradictorios por parte de un personal mal formado. Porque el nacimiento de un hijo es un momento de absoluta vulnerabilidad. Las mujeres se sienten débiles, con las hormonas a flor de piel, desubicadas y en una experiencia tan intensa como la vivida en el parto es muy difícil luchar solas por que se respeten los derechos. En instantes así, emocionalmente tan avasalladores, a veces unas pocas palabras humillantes son suficientes para que se desempoderen totalmente. Conociendo y reconociendo las estructuras de poder sobre las que se asienta el sistema patriarcal vemos cómo la interrelación entre mujeres y profesionales sanitarios está basada en la desigualdad más absoluta: las relaciones entre

profesionales y pacientes se pueden medirse en términos de poder y control. Se trata de un continuo «tira y afloja» por el que los profesionales pueden sufrir denuncias por negligencia o mala praxis y las pacientes pueden sufrir las consecuencias de esta mala praxis. En este contexto de «parto como batalla», la figura que he denominado de «empoderamiento delegado» puede resultarle de gran ayuda a la mujer que está pariendo para luchar en su lugar, dejándole concentrarse en lo que verdaderamente importa en esos momentos: tener una experiencia de parto respetada y gozosa.

En cualquier caso... ¿no sería más lógico intentar encontrar otro tipo de relación entre profesionales y pacientes que no fuera en términos de luchas, competencia y luchas de poder? Es, por lo tanto, necesario un diálogo continuado entre pacientes y profesionales para prevenir y terminar por fin con la violencia obstétrica. Y para eso hace falta pedagogía, buena voluntad... y colaboración entre todas las partes.

Mis futuras líneas de investigación respecto a este tema, del que me gustaría seguir profundizando, son:

1. Síndrome de estrés postraumático de los profesionales que han ejercido violencia obstétrica.
2. Confluencia de violencia obstétrica y racismo/xenofobia: ¿sufren las mujeres migrantes más violencia obstétrica? ¿Y las mujeres españolas aunque de culturas minoritarias?
3. Violencia obstrética entre parejas de lesbianas. Lamenté mucho no haber conseguido a una o varias parejas de madres de familias homomarentales para este estudio, y me gustaría realizar otro más adelante sobre violencia obstétrica y homofobia. Conocí el caso de una pareja de dos mujeres que, tras haber dado a luz una de ellas en un hospital madrileño, la otra madre se puso a dar el pecho a su bebé (se había estado estimulando con un sacaleches durante varios meses antes para poder realizar esto, lo cual resulta muy difícil y mentalmente agotador), y el personal sanitario, al observarlo, amenazó con llamar a las autoridades. Por desgracia, me fue imposible contar con el testimonio de estas madres o de otras similares. Me interesa mucho la interacción entre violencia

obstétrica y homosexualidad, porque la medicina también resulta heteronormativa, y me gustaría indagar más adelante sobre esto.

Este estudio (del que se va a realizar una devolución: se va a mandar por correo electrónico esta tesis doctoral a los participantes que así lo han solicitado, con las aclaraciones sobre la misma que necesiten) ha pasado por muchas dificultades, porque el tema no es fácil de sacar a la luz, porque aún existe mucha invisibilización de la violencia obstétrica, muchos profesionales niegan la existencia de ésta, y porque incluso llega a legitimarse con las consabidas frases de «pero si es por tu bien», o «lo que importa es que el niño esté bien», volviendo una y otra vez al arquetipo de madre abnegada del que ya hemos hablado. Por ello, agradezco profundamente a todas las personas que han accedido a hablar conmigo, porque soy consciente de que se trata de un tema muchas veces incómodo, del que no siempre se desea hablar, que puede «remover» mucho a nivel interior, que puede volver a reflotar recuerdos traumáticos. Además, con los profesionales encontré aún más dificultades: me resultó muy complicado conseguir informantes, cuadrar sus agendas, realizar las entrevistas. Muchos profesionales acabaron cancelando su participación. Otros la dejaron a medias. Otros ni siquiera contestaron. Así que agradezco a los que finalmente se prestaron a cederme un poco de su tiempo, porque me ha servido para conocer la otra cara de la misma moneda: los profesionales también pueden ser víctimas de la violencia obstétrica. Porque la violencia obstétrica está incluida en un sistema gigantesco que no da tregua: la medicina androcéntrica, que a su vez va forma parte, inevitablemente, de un «monstruo» mucho más grande, más sistematizado, y que todo lo recubre: el patriarcado.

ANEXO I. ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

(En orden de aparición en el texto)

Tabla 1.1. División de madres según su CCAA de residencia.

Figura 1.1. Porcentajes de madres según su CCAA de residencia.

Tabla 1.2. División de profesionales según su CCAA de residencia.

Figura 1.2. Porcentajes de profesionales según su CCAA de residencia.

Figura 1.3. Parte de la red creada con Atlas.ti.

Figura 1.4. Esquema de la metodología de trabajo empleada.

Tabla 1.3. Pseudónimos de las madres.

Tabla 1.4. Pseudónimos de los profesionales y tipo de trabajo.

Figura 1.5. El triángulo de la violencia (elaboración propia).

Figura 1.6. Vías de reclamación frente a las malas prácticas en el parto propuestas por EPEN (Extraído de El Parto es Nuestro).

Figura 2.1. Representación esquemática del modelo de cuidados de la OMS (OMS, 2018: 169) (traducción propia).

Figura 3.1. Maria van Beckum quemada en la hoguera (Jan Luiken, 1684).

Figura 3.2. Composición publicitaria a base de diversos productos para la sexualidad femenina.

Figura 3.3. Vagina representada como pene. Andrés Vesalio. *De fabrica*, 1543. El anatomista se rige por los cánones de la medicina clásica. Imagen tomada de Laqueur, 1994.

Figura 4.1. Comparativas entre los tamaños de las cabezas de los bebés y las pelvis de sus madres en distintas especies.

Figura 4.2. Comparativa de la anatomía de la pelvis y los movimientos necesarios para pasar por el canal de parto en una hembra de chimpancé y en una humana.

Figura 4.3. Comparativa entre el tamaño del cerebro de recién nacido y de adulto y el tamaño del canal de parto en diversas especies.

Figura 4.4. Comparativas de las pelvis de tres especies diferentes.

Tabla 4.1. Porcentajes años 2004-2011 de la sanidad pública.

Tabla 4.2. Porcentajes años 2004-2011 de la sanidad privada.

Figura 4.5. Tipos de parto en el sistema nacional de salud 2004-2011 (Armendáriz, 2012).

Tabla 4.3. Comparativa recomendaciones OMS y procedimientos en España.

Tabla 4.4. Comparativa estándar de referencia EAPN – porcentaje de cumplimiento: parto

Tabla 4.5. Comparativa estándar de referencia EAPN – porcentaje de cumplimiento: recién nacido

Tabla 4.6. Comparativa estándar de referencia EAPN – porcentaje de cumplimiento: lactancia

Tabla 4.7. Estadísticas 2016 del OVO.

Tabla 5.1. Resumen de las madres.

Tabla 5.2. Resumen de los profesionales.

Figura 5.1. Evolución de los nacimientos según el día en Madrid (Sevillano, 2016).

Figura 5.2. Principales posiciones para el parto.

Figura 5.3. Los dos tipos de episiotomía que se usan actualmente.

Figura 5.4. De izquierda a derecha: fórceps, ventosas y espátulas.

Figura 5.5. Maniobra de Kristeller.

Figura 5.6. Representación de la cascada de intervenciones en el parto (adaptación de Jansen *et al.*, 2013: 91).

Figura 5.7. Modelo de plan de parto (Ministerio de Sanidad, política social e igualdad).

Figura 5.8. Distribución de los partos en casa en Europa (Gosálvez, 2014, en *El País*).

Tabla 5.3. Resumen de los beneficios inmediatos y a largo plazo del contacto precoz piel con piel entre la madre y su recién nacido (PAHO 2007: 18).

Figura 5.9. Reclamación presentada por *Maremota*, el 23 de abril de 2015.

Figura 5.10. Reclamación presentada por *Sfg* (nunca le contestaron).

Tabla 5.4. Ventajas e inconvenientes de la sanidad pública (resumen).

Tabla 5.5. Ventajas e inconvenientes de la sanidad privada (resumen).

Tabla 5.6. Cuánto cuestan los principales procesos relacionados con el embarazo y el parto, sin incluir la hospitalización, que suponen unos 2000 euros más de media. Fuente: Informe de Gasto Sanitario 2014 del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSSI, 2014).

Tabla 5.7. Distribución del gasto en la sanidad pública años 2002-2014. Fuente: Informe de Gasto Sanitario 2014 del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSSI, 2014).

Tabla 5.8. Precios medios de los partos en la sanidad pública, según un estudio en un hospital público de Barcelona (Comas *et al.*, 2011).

Tabla 5.9. Diferencias principales entre ginecólogos y matronas (Fernández Guillén, 2009).

Figura 5.11. Jerarquía hospitalaria del área de obstetricia (simplificación, elaboración propia).

Figura 5.12. Cartel colgado en un hospital canario que contradice pautas de protocolos oficiales en la atención al parto, con frases como «EIR Y MIR de primer año, SIEMPRE episiotomía en nulíparas».

ANEXO II. GLOSARIO DE TÉRMINOS⁷⁸

Altricial

Dícese de las crías de cualquier especie que nacen en un estado muy temprano de su desarrollo y con una movilidad muy reducida (por ejemplo, los seres humanos, que —a diferencia de otros mamíferos— no tienen independencia en sus movimientos hasta bastantes meses después de nacer).

Cochrane Pregnancy and Childbirth Group

Prestigiosa colección de artículos científicos sobre embarazo y parto: revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados, así como revisiones de la evidencia más fiable derivadas de otras fuentes.

Electivo (aborto, cesárea)

Que se hace o se da por elección. Un aborto electivo es una interrupción voluntaria del embarazo. Una cesárea electiva no está hecha por necesidad médica, sino por algún otro motivo (que coincida el nacimiento con una determinada fecha, por miedo al dolor en el parto, etc). Las cesáreas electivas tienen muchos riesgos (los bebés aún no están maduros para nacer, la recuperación tras una cesárea —que a fin de cuentas es una cirugía importante— es más lenta y las complicaciones postparto son mayores que tras un parto vaginal).

Efecto nocebo

Dícese del empeoramiento de los síntomas o de una enfermedad por la expectativa, consciente o no, de efectos negativos de una medicina terapéutica. Sería lo contrario del efecto placebo. La instrumentalización y patologización del parto pueden dar lugar a este efecto nocebo.

⁷⁸ Este glosario ha sido elaborado tomando como base las definiciones de distintos diccionarios, aunque reescribiéndolas para facilitar su comprensión dentro de este contexto.

Eutócico

Parto normal, que se inicia y termina espontáneamente, sin que surja ninguna complicación en el proceso. El feto se encuentra en posición cefálica y nace por vía vaginal. Lo contrario es **distócico**, que es un parto en el que son necesarias maniobras y/o intervenciones quirúrgicas.

Fitoterapia

La fitoterapia estudia la utilización de las plantas medicinales y sus derivados con finalidad terapéutica, ya sea para prevenir, para aliviar o para curar las enfermedades.

Iatrogénesis

Patología causada por la intervención médica. Es decir, cuando el profesional de la salud administra un tratamiento a su paciente y provoca, de manera involuntaria, resultados nefastos. Por ejemplo, a un paciente se le puede recetar un antiinflamatorio para curarle de un dolor muscular y éste puede acabar produciendo problemas digestivos.

Indefensión aprendida

Teoría desarrollada por Martin Seligman, según la cual determinadas personas, a lo largo de su historia de aprendizaje, han aprendido a sentirse indefensas, viendo que no existe relación entre su conducta y las consecuencias de ésta, sintiendo por lo tanto una total falta de control: nada de lo que hagan alterará los resultados obtenidos.

Ingurgitación mamaria

Aumento del tamaño y volumen del pecho por acumulación de leche. El pecho se muestra pletórico y el bebé puede encontrar dificultad en agarrarse, pues está demasiado tenso y duro. Es común con la primera subida de la leche tras el parto.

Mastitis

Infección de la mama por bacterias en un número inusualmente alto. Puede causar dolor, fiebre, hinchazón, o ser totalmente asintomática.

Método Madre Canguro

Técnica de atención al neonato cuando éste nace de manera prematura o con bajo peso consistente en un contacto piel con piel entre madre y bebé el máximo tiempo posible al día, en lugar de recurrir a incubadoras. Se ha demostrado que de este modo el tiempo de hospitalización es menor, al ver cubiertas el bebé sus necesidades de vínculo, seguridad y amor.

Morbilidad

Proporción de personas que enferman en un sitio y momento determinado. Por ejemplo, morbilidad tras una cesárea.

Obstrucción

Pequeño bulto en algún cuadrante de la mama debido a que algún conducto se ha obstruido por drenar incorrectamente la leche en esa zona.

Parto respetado

Dícese del parto en el que se respetan los derechos de la mujer, sus deseos y necesidades, los derechos del bebé, y los de la propia fisiología del parto. Se trata de generar un espacio donde el bebé y la madre sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle del modo más natural posible y con las menores intervenciones.

Perinatal

Término que se emplea para referirse a todo lo inmediatamente anterior o posterior al nacimiento del bebé, desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana tras el parto aproximadamente.

Porteo

Práctica de llevar al bebé en un portabebés, esto es, con una tela especial de diversas formas (bandolera, fular, mochila, etc), para favorecer el vínculo, facilitar la lactancia y

el sueño, y permitir además realizar otras tareas, por disponer de las manos libres. El porteo adecuado ha de ser ergonómico: el portabebés debe permitir que el bebé adopte su postura natural con la espalda arqueada y las rodillas más altas que el trasero (cosa que algunas mochilas comerciales no permiten).

Prostaglandinas

Sustancias con funciones similares a las de una hormona que está presente en el útero en el momento del parto. Suele usarse un gel a base de prostaglandinas para inducir artificialmente el trabajo de parto.

Prueba del talón

Prueba clínica de detección de enfermedades que se realiza en los recién nacidos extrayendo una pequeña muestra de sangre de su talón. Permite detectar graves alteraciones cerebrales y neurológicas, trastornos de crecimiento, problemas respiratorios y otras complicaciones severas para el desarrollo.

SEPT

Siglas de Síndrome de Estrés Postraumático. También puede verse como TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático). Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo.

Test de Apgar

Examen clínico que se le realiza al recién nacido tras el parto, fijándose en cinco valores, para obtener una valoración del estado en que éste se encuentra: tono muscular, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardiaca, reflejos y color de la piel. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado del test (máximo de 10).

ANEXO III. HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO SOBRE PARTOS

¿Quién lleva a cabo este proyecto? Este proyecto lo lleva a cabo Eva Margarita García, doctoranda del Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español de la Universidad Autónoma de Madrid, bajo la dirección de Javier Rodríguez Mir.

¿Cuál es el objetivo del estudio? La parte práctica de este proyecto de investigación tiene como objeto el analizar determinados aspectos de los partos asistidos en España (tanto en hospitales como a domicilio), tanto del lado de las madres como del de los profesionales de la salud. Los participantes serán reclutados a través de Internet y por medio de contactos personales. La participación es voluntaria y no remunerada.

¿Qué beneficios esperamos conseguir? Dado que hoy por hoy no hay muchos análisis de las intervenciones obstétricas, pensamos que es fundamental sacar a la luz proyectos de investigación (antropológicos y de otras índoles) sobre esta temática, con lo que la participación de personas que comparten su experiencia resulta fundamental en este contexto.

¿A qué riesgos y molestias se exponen los participantes? Esperamos que las molestias ocasionadas a los participantes sean mínimas, dado que se va a requerir únicamente el contestar a un cuestionario (sólo las madres) y a una pequeña entrevista (madres y profesionales), actividad que puede realizarse en poco tiempo y cuando a los participantes les venga mejor. La entrevista será grabada, preservando la confidencialidad de la información. Todos los datos de los participantes serán tratados de manera confidencial, como veremos en el siguiente punto. Una vez que la investigación quede concluida, se iniciará el proceso de «custodia» del material en el que nadie tendrá acceso a las transcripciones completas, con excepción de la investigadora y su director, los cuales mantendrán toda la información bajo llave en un lugar seguro.

No hay riesgos, al no reflejarse nunca en el estudio la identidad de los participantes, que se asociará a pseudónimos. Cabe recordar que se garantizará que datos relativos al lugar

de trabajo u otros que pudieran identificar a la persona serán eliminados de las publicaciones o escritos que deriven de esta investigación.

¿Cómo se tratarán los datos? Únicamente el director de tesis y la doctoranda tendrán acceso completo a la información. Ésta se encontrará por duplicado por motivos de seguridad, en sendos discos duros con la información cifrada, que se mantendrán bajo llave en un lugar seguro. Los datos serán codificados (disociación reversible): a cada entrevista se le asignará un pseudónimo, en ningún momento aparecerán en la investigación datos que pudieran identificar a la persona. En ningún caso los datos serán cedidos a terceros. Los datos, una vez terminada la investigación y realizada la devolución de los resultados de la misma a quienes así lo especifiquen, serán destruidos.

¿Qué derechos asisten a los participantes? De acuerdo con la normativa legal vigente en España (entre ellos los de acceso, oposición, cancelación y rectificación de la información), los participantes tienen derecho a retirarse en cualquier momento de la investigación. Tienen derecho a cancelar y/o rectificar la información proporcionada. Tienen derecho, una vez terminada la investigación, a ser partícipes de los resultados de ésta si así lo desean.

¡Muchas gracias por su colaboración!

ANEXO IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE ESTUDIO SOBRE PARTOS (MADRES)

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer por escrito a las participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. Se conversará con las participantes de modo informal sobre las experiencias en los diferentes partos que han tenido, en particular en relación a los procedimientos de intervención obstétrica.

La presente investigación está dirigida por Javier Rodríguez Mir, de la Universidad Autónoma de Madrid, y llevada a cabo por Eva Margarita García, también de la Universidad Autónoma de Madrid. La meta de este estudio es analizar distintos aspectos de la atención a los partos en España.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá llenar un cuestionario en relación a los procedimientos de intervención obstétrica, explicándosele cuáles son éstos si así lo desea. También se le pedirá tener una pequeña charla informal contando sus impresiones de manera libre y abierta. Esto tomará aproximadamente una hora de su tiempo. Podrá comentar libremente cómo fue(ron) su(s) embarazo(s) y parto(s), qué intervenciones experimentó, cómo se sintió, etc.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Sus respuestas serán codificadas y asociadas a un pseudónimo. Los datos personales que pudieran identificar a la persona serán eliminados de las publicaciones o escritos que deriven de esta investigación. Esta forma de codificación permite a la investigadora volver a conversar con las personas que voluntariamente han participado en la investigación, y hacerles partícipes de los resultados si así lo desean.

La conversación será grabada, preservando siempre la confidencialidad de los datos. Una vez terminado el procesamiento de su contenido, en el proceso de «custodia» del material nadie tendrá acceso a las transcripciones completas con excepción de la investigadora y su director, los cuales mantendrán toda la información bajo llave en un lugar seguro.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a los investigadores o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Javier Rodríguez Mir y desarrollada por Eva Margarita García. He sido informada de que la meta de este estudio es investigar diferentes aspectos de la atención a los partos, que se me especificarán con más detalle una vez terminada la entrevista.

Me han indicado también que tendré que contestar a un cuestionario y comentar mis impresiones en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con Javier Rodríguez Mir en el teléfono XXXXXXXX o con Eva Margarita García en el teléfono XXXXXXXX.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, he de indicar al final de esta ficha que deseo ser informada de los resultados de la investigación.

DATOS PERSONALES (SE ANONIMIZARÁN)

NOMBRE Y APELLIDOS	
EDAD ACTUAL	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO	
PSEUDÓNIMO ELEGIDO PARA EL ESTUDIO	

Firma de la Participante

Fecha

Indique con una cruz lo que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Deseo que se me informe de los resultados de este estudio una vez concluido.	<input type="checkbox"/>	No deseo que se me informe de los resultados de este estudio una vez concluido.
--------------------------	--	--------------------------	---

ANEXO V. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE ESTUDIO SOBRE PARTOS (PROFESIONALES)

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer por escrito a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella. Se conversará con los participantes (profesionales del ámbito obstétrico: matronas y ginecólogos) de modo informal sobre sus experiencias profesionales, en particular en relación a los procedimientos de intervención obstétrica.

La presente investigación está dirigida por Javier Rodríguez Mir, de la Universidad Autónoma de Madrid, y llevada a cabo por Eva Margarita García, también de la Universidad Autónoma de Madrid. La meta de este estudio es analizar distintos aspectos de la atención a los partos en España.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá tener una pequeña charla informal contando sus impresiones de manera libre y abierta. Esto tomará aproximadamente una hora de su tiempo. Podrá comentar libremente cómo es su día a día en el trabajo, por qué dificultades pasa, qué cree que tiene aún que cambiar, cómo se siente, etc.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Sus respuestas serán codificadas y asociadas a un pseudónimo. Los datos personales que pudieran identificar a la persona serán eliminados de las publicaciones o escritos que deriven de esta investigación. Esta forma de codificación permite a la investigadora volver a conversar con las personas que voluntariamente han participado en la investigación, y hacerles partícipes de los resultados si así lo desean.

La conversación será grabada, preservando siempre la confidencialidad de los datos. Una vez terminado el procesamiento de su contenido, en el proceso de «custodia» del material nadie tendrá acceso a las transcripciones completas con excepción de la investigadora y su director, los cuales mantendrán toda la información bajo llave en un lugar seguro.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier

momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a los investigadores o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Javier Rodríguez Mir y desarrollada por Eva Margarita García. He sido informado/a de que la meta de este estudio es investigar diferentes aspectos de la atención a los partos, que se me especificarán con más detalle una vez terminada la entrevista.

Me han indicado también que tendré que comentar mis impresiones en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con Javier Rodríguez Mir en el teléfono XXXXXXXX o con Eva Margarita García en el teléfono XXXXXXXX.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, he de indicar al final de esta ficha que deseo ser informado/a de los resultados de la investigación.

DATOS PERSONALES (SE ANONIMIZARÁN)

NOMBRE Y APELLIDOS	
EDAD ACTUAL	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO	
PSEUDÓNIMO ELEGIDO PARA EL ESTUDIO	

Firma del/ la Participante

Fecha

Indique con una cruz lo que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Deseo que se me informe de los resultados de este estudio una vez concluido.	<input type="checkbox"/>	No deseo que se me informe de los resultados de este estudio una vez concluido.
--------------------------	--	--------------------------	---

ANEXO VI. ESTUDIO SOBRE PARTOS

CUESTIONARIO INICIAL (SÓLO MADRES)

DATOS PERSONALES (SE ANONIMIZARÁN)											
NOMBRE Y APELLIDOS											
TELÉFONO											
CORREO ELECTRÓNICO											
PSEUDÓNIMO ELEGIDO PARA EL ESTUDIO											
<p>INTRUCCIONES PARA RELLENAR EL CUESTIONARIO: Escribe dentro de cada cuadro (a la izquierda de cada concepto) un número o números –separados por coma– que se corresponda(n) con situaciones por las que has pasado en tus partos: 0 en ninguno, 1º en el primer parto, 2º en el segundo, etc.</p> <p>Ejemplo (para una persona que ha tenido dos partos):</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">0</td> <td style="padding: 5px;">Diabetes gestacional</td> <td style="padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">Problemas en la piel</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1,2</td> <td style="padding: 5px;">Acidez de estómago</td> <td style="padding: 5px;">1</td> <td style="padding: 5px;">Hipertensión arterial</td> </tr> </table> <p>(Así, esta mujer no tuvo diabetes en ningún embarazo⁷⁹, experimentó acidez de estómago en sus dos embarazos, tuvo problemas en la piel en el segundo e hipertensión arterial sólo en el primero).</p>				0	Diabetes gestacional	2	Problemas en la piel	1,2	Acidez de estómago	1	Hipertensión arterial
0	Diabetes gestacional	2	Problemas en la piel								
1,2	Acidez de estómago	1	Hipertensión arterial								

¿Cuántos partos has tenido, y en qué edades?

¿Han sido hospitalarios o a domicilio?

Si ha(n) sido en hospital, ¿en cuál(es)? ¿Sanidad pública o privada?

¿POR CUÁLES DE ESTAS SITUACIONES PASASTE EN EL EMBARAZO?

Acidez de estómago	Hipertensión arterial
Anemia	Inestabilidad pélvica o dolores pélvicos
Bajo estado de ánimo	Náuseas del embarazo de carácter grave (hiperemesis gravídica)
Diabetes gestacional	Preeclampsia
Estrías	Problemas en la piel
Estreñimiento	Sangrado vaginal
Estrés	Varices y/o hemorroides

¿Alguna otra cosa que sentiste en tu(s) embarazo(s) y que quieras destacar?

¿QUÉ INTERVENCIONES TE REALIZARON EN EL EMBARAZO?

Amniocentesis	Moxibustión o versión externa para girar al bebé (al estar en presentación no cefálica)
---------------	---

⁷⁹ Entiéndase que hablamos únicamente de embarazos llevados hasta el final, por lo que identificamos embarazos y partos sólo en este sentido, siendo conscientes de que existen embarazos que no llegan a término, pero éstos exceden del ámbito de este estudio.

	Biopsia corial	Prueba de glucosa O'Sullivan (corta/larga)
	Exudado vaginal y/o anal	Separación de membranas (Hamilton)
	Más de tres análisis de sangre y/u orina	Tactos vaginales
	Más de tres ecografías	Test de Coombs
	Monitorización (cardiotocografía)	Triple screening

¿Te realizaron alguna otra intervención en el embarazo? ¿Cuál(es), para qué?

¿Presentabas alguna enfermedad previa? ¿Cuál? ¿Fumaste en el embarazo?

¿QUÉ INTERVENCIONES TE REALIZARON EN EL PARTO?

	Administración de anestesia epidural o raquídea	Inmovilización
	Administración de anestesia general	Maniobra de Kristeller
	Administración de enema	Postura de litotomía obligatoria
	Administración de oxitocina sintética (no para inducción, sino para provocar contracciones)	Prohibición de comer o beber
	Amnioscopia	Pujos dirigidos
	Amniorexis (rotura artificial de la bolsa)	Rasurado del vello púbico
	Cardiotocografía (monitorización, externa o interna)	Separación de membranas (maniobra de Hamilton)
	Cesárea	Tactos vaginales
	Episiotomía	Uso de instrumentos (espátulas, fórceps o ventosas)
	Inducción por prostaglandinas	Uso de otros métodos paliativos del dolor (gas de la risa, TENS...)
	Inducción por oxitocina sintética	Vía intravenosa puesta por protocolo para administrar medicamentos (aunque no se usara)

¿Te realizaron alguna otra intervención en el parto? Explica cuál.

¿En qué postura(s) pariste?

¿Pudiste comer y beber libremente?

¿Pudiste moverte libremente?

¿Pudiste elegir en tu(s) parto(s) qué querías y cómo?

¿Pudiste elegir quién te acompañaba en todo momento?

¿Cuánto tiempo duró (duraron) el parto/los partos?

¿Cómo fue el trato del personal que te atendió?

¿Fue muy diferente el parto a como te lo esperabas? ¿Cómo te sentiste?

En general, ¿estás satisfecha con tu(s) parto(s)? ¿Por qué?

¿TUVESTÉ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES EN EL PARTO?

	Desgarro importante		Placenta previa
	Desgarro superficial		Posición de nalgas del bebé
	Desprendimiento de placenta		Posición frontal del bebé
	Hemorragia puerperal		Posición transversa del bebé
	Parto múltiple		Prolapso de cordón
	Parto prematuro		Ruptura uterina

¿Pasaste por alguna otra dificultad? Explica cuál y por qué.

¿QUÉ INTERVENCIONES SE LE REALIZARON AL RECIÉN NACIDO?

	Administración de oxígeno		Pinzamiento prematuro del cordón (antes de que deje de latir)
	Administración de vitamina K		Rayos UVA por ictericia neonatal
	Administración ocular de antibiótico		Reanimación del bebé por sufrimiento fetal
	Aspirado de mucosas		Separación inmediata del bebé de su madre
	Incubadora		Test de Apgar
	Peso, tallado y medida del perímetro del cráneo		Vacuna de la hepatitis B

¿Le realizaron alguna otra intervención al bebé? Explica cuál y por qué.

¿Presentó el bebé algún problema como heridas o marcas por instrumentos médicos, bradicardia, rotura de clavícula, etc.? ¿Cuál(es) y por qué?

SI EL PARTO FUE EN HOSPITAL, ¿CÓMO TRANSCURRIÓ EL INGRESO?

	El bebé fue llevado al nido	Se le dio al bebé suero glucosado sin consultar
	El bebé no fue separado de mí en ningún momento (piel con piel desde el principio)	Se me dio como obsequio leche de fórmula de tipo 1 cuando fui dada de alta (leche de inicio, hasta los 6 meses de edad)
	El pediatra visitó al bebé durante el ingreso	Se me facilitó la lactancia materna, explicándome cómo ponerlo al pecho si así lo solicité
	Se le dio al bebé leche de fórmula sin consultar	Se me revisó durante mi ingreso

¿Hubo alguna otra situación que no esté reflejada en el cuadro y que quieras señalar? ¿Cuál?

¿Hubo algo más reseñable durante el ingreso hospitalario?

POR ÚLTIMO, ¿QUÉ EXPERIMENTASTE EN TU PUEPERIO?

	Depresión		Pesadillas
	Dolor genital (no por cicatriz)		Problemas de suelo pélvico / incontinencia
	Dolor por puntos en cicatriz (cesárea)		Problemas en la lactancia
	Dolor por puntos en cicatriz (vaginal)		Prolapso uterino
	Estrés		Rechazo al bebé
	Fantasías con que al bebé le pasan cosas malas		Rechazo a tu propio cuerpo
	Hemorragias importantes (no loquios)		Síndrome de estrés postraumático
	Hemorroides		Tristeza (<i>baby blues</i>)

¿Sentiste o pasaste por algo más en tu puerperio?

¿Notaste al bebé más irritado de lo normal, o con algún problema durante el puerperio?

¿Hay algún otro aspecto que quieras comentar sobre el embarazo, parto o puerperio?

ANEXO VII. GUION ENTREVISTA GENERAL MODELO A (MADRES)

EMBARAZO: Cuéntame un poco cómo fue tu embarazo, cuánto tiempo lo buscaste, cómo te enteraste de que estabas embarazada, cómo lo viviste, etc.

PARTO EN HOSPITAL:

¿Cómo describirías el trato del personal que te atendió en el embarazo?

¿Cómo describirías el trato del personal que te atendió en el parto? Desglosa, si es posible, cómo te trató cada uno.

¿Cómo describirías el trato del personal que te atendió en el puerperio?

El personal que te atendió el día del parto, ¿se presentaron, te dijeron cómo se llamaban, se dirigieron a ti por tu nombre o se dirigían a ti con algún apodo?

¿Pudiste elegir libremente algún aspecto o aspectos de tu parto/partos? ¿Cuáles? ¿Por qué sí, por qué no?

¿Pudiste elegir quién estaría presente en tu parto? ¿Cómo fue el trato del personal hacia tu acompañante?

¿Pudiste preguntar en todo momento por los procedimientos que se te estaban realizando? ¿Se te pidió tu opinión sobre éstos? ¿Te sentiste bien informada?

¿Tuviste miedo en algún momento? ¿Cuándo, por qué?

¿Piensas que tu parto ha sido sin dolor ni sufrimiento, poco doloroso, doloroso, o con dolor y sufrimiento?

¿Volverías a tener otro parto en el mismo hospital? ¿Por qué?

¿Te planteas volver a tener otro embarazo? ¿Por qué?

¿Fue muy diferente el parto a como lo imaginabas?

¿Has oído hablar de los planes de parto? ¿Presentaste un plan de parto en algún momento, o te planteaste presentarlo? ¿Crees que sirven de algo?

¿Qué te hubiera gustado cambiar de tu(s) parto(s)?

¿Cómo consideras que funciona la atención obstétrica en España?

¿En algún momento dado del parto te sentiste culpable, sola, insegura?

Por último, ¿sabes lo que es la violencia obstétrica? ¿Qué opinas de ella? ¿Crees que se produce con frecuencia en España? ¿Por qué crees que apenas se habla de ella, y que la mayoría de la gente «de a pie» desconoce el término?

¿Consideras haber sido víctima de violencia obstétrica? ¿Por qué?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS PARA QUIENES HAYAN TENIDO UN PARTO EN CASA:

¿Por qué elegiste parir en casa? ¿Tuviste el apoyo de la gente a tu alrededor, o te criticaron en tu decisión? ¿Cómo se lo tomó tu pareja cuando manifestaste tu deseo de parir en casa?

¿Cómo buscaste a alguien que asistiera tu parto en casa? ¿Qué criterios eran para ti imprescindibles?

¿Tenías miedo de que algo saliera mal y acabar en un hospital? Si es así, ¿qué es lo que más miedo te daba de acabar en el hospital?

¿Tenías miedo en general de encontrarte en un sitio menos «controlado» que en un hospital?

¿Qué es lo que te daba más miedo del parto en casa?

¿Tuviste miedo en algún momento? ¿Cuándo, por qué?

¿Piensas que tu parto ha sido sin dolor ni sufrimiento, poco doloroso, doloroso, o con dolor y sufrimiento?

¿Cómo fue tu parto? ¿Cómo lo describirías? ¿Qué fue lo mejor y qué lo peor?

¿Fue muy diferente a como te lo imaginabas?

¿Cómo fue el puerperio?

¿Cómo nació el bebé, lloroso, tranquilo, inquieto...?

¿Te planteas volver a tener un parto en casa?

¿Qué te hubiera gustado cambiar de tu parto?

¿En algún momento dado del parto te sentiste culpable, sola, insegura?

Por último, ¿sabes lo que es la violencia obstétrica? ¿Qué opinas de ella? ¿Crees que se produce con frecuencia en España? ¿Por qué crees que apenas se habla de ella, y que la mayoría de la gente «de a pie» desconoce el término?

ANEXO VIII. ENTREVISTA GENERAL MODELO B (PROFESIONALES)

Cuéntame a qué te dedicas, cómo acabaste dedicándote a esto o por qué elegiste esta profesión.

Explícame cómo es la rutina de trabajo en un hospital, ¿cómo se organizan los turnos, cómo se deciden los protocolos?

¿Crees que hay muchas diferencias entre sanidad pública y privada en general, y en temas obstétricos en particular? ¿Cuáles son?

¿Cuáles son las mayores dificultades que experimentas en tu trabajo en el día a día?

¿Qué cambiarías de tu trabajo, qué crees que está mal?

Cuéntame alguna anécdota relacionada con el embarazo o el parto que te llamara la atención.

Háblame de las actualizaciones profesionales: ¿se os da formación, se os invita a estar actualizados, cómo funciona esta cuestión?

¿Consideras que está cambiando algo en la atención obstétrica en España? ¿Cómo piensas que funciona en general dicha atención, y por qué?

¿Qué piensas que tiene que cambiar en la atención obstétrica en España?

¿Tú crees que, en general, la manera de nacer determina el estado emocional de madre y bebé durante el puerperio?

¿Cómo consideras que funcionan las jerarquías médicas en los hospitales, piensas que cada profesional tiene bien delimitado su ámbito de actuación?

¿Qué opinas de los planes de parto, los aceptas, crees que sirven de algo, cómo te sienta cuando te presentan uno?

¿Consideras que es positivo que las mujeres decidan sobre sus partos, y que estén bien informadas, o piensas que eso es algo que debe dejarse en manos de los profesionales?

Cuéntame sobre la rutina en tu día a día: ¿cuando ves un parto los has visto todos?

¿Qué es lo bueno y qué es lo malo de los protocolos hospitalarios?

¿Crees que los partos están muy intervenidos, qué opinas de lo que recomienda la OMS comparándolo con las prácticas en el día a día?

Hay mujeres que explican que los informes que se dan después del parto contienen omisiones, por ejemplo, la maniobra de Kristeller nunca aparece reflejada. ¿Por qué crees que sucede esto?

Por último, ¿sabes lo que es la violencia obstétrica? ¿Qué opinas de ella? ¿Crees que se produce con frecuencia en España? ¿Por qué crees que apenas se habla de ella, y que la mayoría de la gente «de a pie» desconoce el término?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS PARA QUIENES ATIENDEN PARTOS EN CASA:

¿Por qué decidiste atender partos en casa, qué diferencias hay con la asistencia en un entorno hospitalario?

¿Tienes miedo cuando atiendes un parto en casa, qué es lo que más te preocupa?

¿Cómo dirías que son las madres que eligen tener un parto en casa, si es que existe un perfil?

¿Te has sentido criticado por colegas por realizar partos en casa?

Si un parto en casa acaba en el hospital, ¿cómo es el recibimiento de los profesionales en dicho hospital?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS PARA MATRONAS:

¿Qué es lo que más y lo que menos te gusta de tu trabajo?

¿Consideras que las matronas realizan menos intervenciones en general?

¿Consideras que las matronas están más actualizadas que los ginecólogos en general?

¿Cómo afectan los protocolos del hospital en tu trabajo?

¿En qué diferencias tu trabajo del de los ginecólogos?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS PARA GINECÓLOGOS:

¿Qué es lo que más y lo que menos te gusta de tu trabajo?

¿Consideras que cada vez se realizan menos intervenciones, o no observas muchos cambios?

¿Cómo afectan los protocolos del hospital en tu trabajo?

¿En qué diferencias tu trabajo del de las matronas?

BIBLIOGRAFÍA

AGÜERO FERNÁNDEZ, Silvia (2017). «De mi dolor te doy una rosa», disponible en: <https://gitanizate.wordpress.com/2017/05/23/de-mi-dolor-te-doy-una-rosadav-tuge-jekh-roza-miri-dukha%C9%B5ar-of-my-pain-i-give-you-a-rose/> (acceso 17-03-2018).

ALBEROLA, Eva (2016). «La indumentaria de las matronas romanas», en *Revista de Historia*, disponible en: <https://revistadehistoria.es/la-indumentaria-de-las-matronas-romanas/> (acceso 03-02-2018).

ALCALÁ, Cristina (2017). «Trabajar este verano en un hospital o cómo quemarse sin tomar el sol», en *Redacción médica* 08-07-2017, disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/la-revista/reportajes/trabajar-este-verano-en-un-hospital-o-como-quemarse-sin-tomar-el-sol-2250> (acceso 23-01-2018).

ALFIREVIC, Zarco (2013). «Comparación de la monitorización fetal electrónica continua en el trabajo de parto (cardiotocografía, CTG) con la escucha intermitente (auscultación intermitente, AI)» en *Biblioteca Cochrane*, disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD006066/comparacion-de-la-monitorizacion-fetal-electronica-continua-en-el-trabajo-de-parto-cardiotocografia> (acceso 03-02-2018).

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2017). «Planned home birth», en *Committee opinion* nº 697, abril 2017, disponible en: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co697.pdf?dmc=1&ts=20170517T1452375591> (acceso 21-01-2018).

AMORÓS, Celia (1990). «El feminismo, senda no transitada de la Ilustración», en *Isegoría* nº 1 Madrid: Instituto de Filosofía, CSIC, págs. 151-160.

ANDERSON, Rondi y ANDERSON, Daud (1999). «The cost effectiveness of home birth», en *Journal of Nurse-Midwifery* nº 44(1), págs. 30-35.

ANDERSON, Garnet, et al. (2004). «Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial». En *JAMA* del 14-4- 2004, vol. 291, nº 14, págs. 1701-1712.

ANTOLÍN, Luisa (1997). *Cooperación en salud con perspectiva de género*. Madrid: Ed. Federación de Planificación Familiar de España.

ANTONOVSKY, Aaron (1967). «Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality» en *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 45, nº 2, parte 1, págs. 31-73.

ARENA, Francesca (2014). «La medicalizzazione del parto: un processo dell'età moderna? Genere e medicina tra saperi e poteri (XVII-XX secoli)», en GARCÍA GALÁN,

Sonia; MEDINA QUINTANA, Silvia; SUÁREZ SUÁREZ, Carmen (eds.) (2014). *Nacimientos bajo control. El parto en las edades Moderna y Contemporánea*. Asturias: Trea, págs. 77-92.

ARGUEDAS RAMÍREZ, Gabriela (2014): «La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense», en *Cuadernos Inter·c·a·mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, nº 1, págs. 155-180.

ARMENDÁRIZ MÁNTARAS, Idoia (2012). «Estadísticas de parto», disponible en: <http://www.estadisticasdeparto.com/> (acceso 03-02-2018).

ARMENDÁRIZ MÁNTARAS, Idoia (2013). «Las escandalosas cifras de cesáreas en la sanidad privada: ¿un modelo de sanidad enfocado al negocio?», disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/05/13/las-escandalosas-cifras-de-cesareas-en-la-sanidad-privada-un-modelo-de-sanidad-enfocado-al-negocio> (acceso 03-02-2018).

ASENJO, Isaac (2018) «Las asesinadas por ser mujeres serán consideradas víctimas de violencia machista», en *Heraldo* 02-02-2018, disponible en: <https://www.heraldo.es/noticias/nacional/2018/02/02/las-asesinadas-por-ser-mujeres-seran-consideradas-victimas-violencia-machista-1222497-305.html> (acceso 03-03-2018).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (2012) «Preguntas frecuentes sobre lactancia materna», disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/201203-preguntas-frecuentes-actualizado-feb2015.pdf> (acceso 20-01-2018).

BAER, Hans, et al. (2003). *Medical Anthropology and the World System*. Westport: Praeger.

BALCÁZAR, Patricia, et al. (2006). *Investigación cualitativa*. México: Toluca.

BALLESTER, Rosa (2002). «Antropología de la salud aplicada al género», en RAMOS GARCÍA, Elvira (coord.) (2002) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. I Congreso Nacional: Murcia, 9 y 10 de Mayo 2002*. Madrid: Instituto de la Mujer, págs. 46-49.

BASAGLIA, Franco (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Ed. Seix Barral.

BELLÓN SÁNCHEZ, Silvia (2015). «La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica» en *Dilemata* año 7, nº 18, págs. 93-11.

BENEDICT, Ruth (1934). «Anthropology and the Abnormal» en *Journal of General Psychology* nº 11, págs. 59-82.

BERGE, Christine (1991). «Evolución de la pelvis humana: enfoque funcional» en REBATO, Esther, et al. (comp), *Para comprender la antropología biológica*, Navarra: Ed. Verbo Divino, págs. 231-238.

BERGMAN, Nils (2002). *Restoring the Original Paradigm*. Documental disponible en: <https://vimeo.com/27885109> (acceso 03-02-2018).

BERNSTEIN, Barbara; KANE, Robert (1991) «Physicians' attitudes toward female patients», en *Medical care* nº 19(6), págs. 600-609.

BERTHIAUD, Emmanuelle (2014). «Le vécu féminin de l'accouchement en France, XVIII^e – XIX^e siècles». En GARCÍA GALÁN, Sonia; MEDINA QUINTANA, Silvia; SUÁREZ SUÁREZ, Carmen (eds.) (2014). *Nacimientos bajo control. El parto en las edades Moderna y Contemporánea*. Asturias: Trea, págs. 93-108.

BLANCO PRIETO, Pilar (2005). «Consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres», en Consue Ruiz-Jarabo Quemada y Pilar Blanco Prieto (coord.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección: cómo promover desde los servicios salitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*, Díaz de Santo (ed.), España, págs. 103-107.

BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, Maribel (2005). «Aproximación a la antropología de la reproducción», en *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana* nº 14, julio-agosto 2005.

BLOM, E., et al. (2010). «Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study», en *BJOG*, 117 (2010), págs. 1390-1398.

BOCHINO, Stella (2005). «Aspectos psiconeuroendocrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. Trastornos depresivos y cognitivos. Aspectos clínicos y terapéuticos» en *Revista Psiquiátrica Uruguay* 2005, nº 70(1), págs. 66-79.

BODOQUE, Yolanda (1996) «Discursos y prácticas sobre sexualidad y reproducción: los centros de planificación familiar. Tesis doctoral». Tarragona: Universitat Rovira I Virgili

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (2002). «Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica» en BOE nº 274, del 15-11-2002, disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188 (acceso 03-02-2018).

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (2004). «Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género» en BOE nº 313, del 29-12-2004, disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf> (acceso 03-02-2018).

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (2008) «Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para

lactantes y de los preparados de continuación» en BOE nº 131, del 30-05-2008, disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-9289> (acceso 03-02-2018).

BOLUFER PERUGA, Mónica (2010). «Madres, maternidades: nuevas miradas desde la historiografía», en FRANCO RUBIO, Gloria (ed.), *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX)*. Barcelona: Icaria, págs. 51-81.

BONINO, Luis (2005). «Micromachismos. La violencia invisible en la pareja». Disponible en: https://www.joaquimmontaner.net/Saco/dipity_mens/micromachismos_0.pdf (acceso 03-02-2018).

BORRELL, Carme y GARCÍA-CALVENTE, María del Mar, MARTÍ-BOSCÀ, José Vicente (2004). «La salud pública desde la perspectiva de género y clase social», *Gac. Sanit.*, 18, supl. 1, págs. 2-6.

BOTELLA LLUSÍA, José y CLAVERO, José A. (1945), *Manual universitario de ginecología*. Madrid: Editorial Científico-médica.

BOYLE, Joyceen (2005). «Estilos de etnografía» en MORSE, J.M. (ed.), Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Alicante: Universidad de Alicante, págs. 211-240.

CABRUJA, Teresa (2004) «Violencia doméstica: sexo y género en las teorías psicosociales sobre la violencia. Hacia otras propuestas de comprensión e intervención», en *Intervención psicosocial*, vol. 13, nº 2, págs. 141-153.

CALVO, Pedro (1919), *Conocimientos útiles a la mujer. Obra de vulgarización científica*. Gijón: Talleres Tipográficos La Fe.

CAMPILLO ÁLVAREZ, José Enrique (2007). *La cadera de Eva, el protagonismo de la mujer en la evolución de la especie humana*. Barcelona: Ed. Crítica.

CANO, Ángeles (2011). «Malditos puntos o “cuando se le escapa el pipí”», disponible en EPEN: <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/07/15/malditos-puntos-o-%E2%80%9Ccuando-se-le-escapa-el-pipi%E2%80%9D> (acceso 03-02-2018).

CARDÚS, José (1949). *Higiene del embarazo*. Huesca: Gráfica Oscense.

CARRASCO-GARRIDO, Pilar, *et al.* (2010). «Sex-Differences on self-medication in Spain» en *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, volume 19, número 12, págs. 1293–1299.

CARRO GARCÍA, Teresa, *et al.* (2000) «Trastornos del estado de ánimo en el postparto», *Medicina General*, mayo 2000, págs. 452-456.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS (CIS) (2006). «Fecundidad y valores en la España del siglo XXI», disponible en:

http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=6478 (acceso 23-01-2018).

CEPAL (1996). «Violencia de género: un problema de derechos humanos», disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/violencia-de-genero-un-problema-de-derechos-humanos> (acceso 03-02-2018).

CHÁVEZ HUALPA, Fabiola (1997). «Embarazo y parto en los cronistas de los siglos XVI-XVII», en *Anthropologica*, nº 15, págs. 97-134.

CIFRE GALLEGOS, Eva, et al. (2015). *Género, salud y trabajo. Aproximaciones desde una perspectiva multidisciplinar*. Madrid: Pirámide.

CIMS (2010). «The Risks of Cesarean Section», disponible en: <http://www.motherfriendly.org/resources/documents/therisksofcesareansectionfebruary2010.pdf> (acceso 03-02-2018).

CLARK, Alice (1968). *The Working Life of Women in 17th Century England*. Londres: Frank Cass and Co.

CODE, Lorraine (2000). *Encyclopedia of Feminist Theories*. London: Routledge World Reference.

COLECTIVO DE MUJERES DE BOSTON (1976). *Our Bodies, Ourselves: A Book by and for Women*. Boston: Touchstone.

COMAS, Mercè, et al. (2011). «Descriptive analysis of childbirth healthcare costs in an area with high levels of immigration in Spain», disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/77/abstract> (acceso 03-02-2018).

CONSEJO INTERNACIONAL DE MATRONAS (2005). «Definición del ICM de la Matrona», disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/documentos/profesionales/i/409/124/definicion-de-matrona> (acceso 03-02-2018).

CÔTE-ARSENAULT, Denise y BIDLACK, Deborah (2001) «Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss», en *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 26, 3, 128-134.

COUTO NÚÑEZ, Dayana; NÁPOLES MÉNDEZ, Danilo (2014). «Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia» en *Medisan* vol.18 nº 10, oct. 2014, págs. 1388-1398.

CSIT Unión Profesional (2012), «Informe comparativo coste/eficiencia de la gestión pública y la gestión privada de la sanidad en la comunidad de Madrid», disponible en: <https://impulsamas.files.wordpress.com/2013/01/informe-comparativo-gestic3b3n-publica-y-privada-de-la-sanidad.pdf> (acceso 03-02-2018).

DAVIS-FLOYD, Robbie (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida.

DE BEAUVIOR, Simone (2005). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.

DELGADO SÁNCHEZ, Ana, et al. (1999), «Preferencias y estereotipos de los pacientes sobre el género del médico de familia», *Aten. Primaria*, nº 23, págs. 268-274.

DESCOLA, Philippe y PÁLSSON, Gísli (2001). *Naturaleza y Sociedad. Perspectivas antropológicas*. México: Siglo XXI.

DESJARLAIS, Robert y KLEINMAN, Arthur (1997), «Violence and well-being». En *Social science & Medicine*, v. 45, nº 8, págs. 1143-1145.

DÍAZ, Paula (2014). «La ley de violencia de género cumple diez años en los que 757 mujeres han muerto asesinadas» en *Público.es* del 25-11-2014, disponible en: <http://www.publico.es/actualidad/ley-violencia-genero-cumple-diez.html> (acceso 03-02-2018).

DINERSTEIN, Alejandro (2000). «Humanización en la atención neonatal» en *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 19, núm. 4, pp. 173-176.

DOCKRILL, Peter (2016). «A new male contraceptive injection is 96% effective in human tests» en *Sciencealert*, 28 de octubre de 2016, disponible en: <http://www.sciencealert.com/a-new-male-contraceptive-injection-is-96-effective-in-human-tests> (acceso 03-02-2018).

DOMÍNGUEZ VELA, (2016). «Violencia de género y victimización secundaria» en *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, volume VI, marzo 2016, nº 1, páginas 3-22.

DUNSWORTH, Holly, et al. (2012). «Metabolic hypothesis for human altriciality» en *PNAS Septiembre 2012*, vol. 109, nº 38, págs. 15212-15216.

DUNSON, David, et al. (2006) «Increased infertility with age in men and women» en *Obstet Gynecol 2006*, enero;103(1):51-6.

EDHOLM, Felicity, et al. (1978), «Conceptualising Women» en Sage Journals, volumen 3, nº 9-10, págs. 101-130.

EDUCER (2014). «Observatorio del Parto en Casa en España. Informes anuales», disponible en: <https://doctorafontanillo.com/estadisticas-del-parto-en-casa-en-espana-datos-2013/> (acceso 03-02-2018).

EGSP (2017). «Estadística de gasto sanitario público 2015», disponible en: <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm> (acceso 02-02-2018).

EHRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre (1973) *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers*. New York: The Feminist Press.

EHRENREICH, Nancy (1993): «The colonization of the womb», en *Duke Law Journal*, nº 43, págs. 492-587.

EPEN (2011). «Episiotomía y dignidad de la mujer», disponible en:
<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/08/08/episiotomia-y-dignidad-de-la-mujer> (acceso 03-02-2018).

EPEN (2012). «25 de Noviembre, Día Internacional Contra la Violencia hacia las Mujeres», disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2012/11/25/25-de-noviembre-dia-internacional-contra-la-violencia-hacia-las-mujeres> (acceso 03-02-2018).

EPEN (sin fecha). «Medicalización rutinaria del parto», disponible en:
<http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacion-rutinaria-del-parto> (acceso 03-02-2018).

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA. JUNTA DE ANDALUCÍA (2015). «Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes», disponible en: <http://www.easp.es/> (acceso 03-02-2018).

ESTEBAN, Mari Luz (2001). *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Hirugarren Prentsa/Tercera Prensa.

ESTEBAN, Mari Luz (2003). «El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud» en *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, volumen 3, nº 1, págs. 22-39.

ESTEBAN, Mari Luz (2006). «El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista», en *Salud colectiva*, 2(1), Buenos Aires, págs. 9-20.

ESTEBAN, Mari Luz (2007): «Antropología, sistema médico-científico y desigualdades de género en salud» en *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, Bilbao: OSALDE-Asociación por el Derecho a la Salud, págs. 69-88.

ESTEBAN, Mari Luz (2013). *Antropología del cuerpo*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

EURO-PERISTAT (2010) «European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010», disponible en: http://www.europiperistat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf (acceso 20-01-2018).

FABREGAT, Esteva (1978). *Cultura, sociedad y personalidad*, Valencia: Promoción Cultural.

FAJARDO, Alicia (1977). «En la historia de la medicina. Las mujeres fueron quemadas por brujas. Ahora se empieza a rendirles justicia», en *Vindicación Feminista* nº 13, págs. 60-64.

FARNSWORTH, Norman y SOEJARTO, Djaja (1989). «Global Importance of Medicinal Plants», en *The Conservation of Medicinal Plants*, Cambridge: Cambridge University Press, pág. 25.

FEDERICI, Silvia (2010). *Calibán y la bruja*. Madrid: Traficantes de sueños.

FELIPE-LARRALDE, Mónica (2013). «Estudio sobre el útero: ¿cómo y por qué funciona la relajación del útero?», disponible en:

<https://estudiosobreelutero.blogspot.com.es/2013/06/como-y-por-que-funciona-la-relajacion.html> (acceso 03-02-2018).

FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, Isabel (2015) «La preparación al parto como arma de domesticación masiva», disponible en:

<https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/27044-la-preparacion-al-parto-como-arma-domesticacion-masiva.html> (acceso 03-02-2018).

FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, José Manuel (2005). «La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica», en *Cuadernos de trabajo social* nº 18, Universidad Complutense de Madrid, págs. 7-31.

FERNÁNDEZ GUILLÉN, Francisca (2003). «Cosas que pueden ocurrir en el hospital», disponible en: *Mujeres y Salud*, Dossier 11, disponible en:

http://mys.matriz.net/mys-1112/dossier/doss_1112_05.html (acceso 03-02-2018).

FERNÁNDEZ GUILLÉN, Francisca (2009). «Importancia de potenciar el trabajo de las comadronas y su autonomía profesional para mejorar la atención al parto», disponible en:

<http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/autonomiaComadronas.pdf> (acceso 24-01-2018).

FERNÁNDEZ PUJANA, Irati (2014). «La maternidad, más allá de lo biológico, es un hecho social, cultural y, además, político». Entrevista de Carmen Ruiz de Garibay en *Revista Emakunde* del 15/09/2014, disponible en:

<http://emakunde.blog.euskadi.eus/2014/09/irati-fernandez-pujana-la-maternidad-mas-all-a-de-lo-biologico-es-un-hecho-social-cultural-y-ademas-politico/> (acceso 24-01-2018).

FERRER, Victoria (2007). «Las diversas manifestaciones de la violencia de género», en BOSCH, Esperanza (comp.): *La violencia de género: algunas cuestiones básicas*. Jaén: Formación Alcalá.

FOUCAULT, Michel (1977). *Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

FOUCAULT, Michel (1978). *El nacimiento de la clínica: una arqueología a la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

FOUCAULT, Michel (1998). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno. Traducción: Aurelio Garzón del Camino.

FOUCAULT, Michel (2003). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: La Piqueta.

FORNES, Valeria (2014): «Violencia obstétrica: cuerpo disciplinado, sexualidad castigada», disponible en:

<http://www.agenciapacourondo.com.ar/sociedad/violencia-obstetrica-cuerpo-disciplinado-sexualidad-castigada> (acceso 03-02-2018).

GALTUNG, Johan (2003). *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Gernika: Bakeaz.

GARCÍA FANLO, Luis (2011): «¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben» en *AParte Rei, Revista de Filosofía*, marzo de 2011, disponible en: <http://noografo.org/category/filosofia/foucault-filosofia/> (acceso 03-02-2018).

GARCÍA FERNÁNDEZ, Mónica (2014). «“Parir para la patria”. El control del embarazo y el parto en las primeras décadas del franquismo (1939-1955)». En GARCÍA GALÁN, Sonia; MEDINA QUINTANA, Silvia; SUÁREZ SUÁREZ, Carmen (eds.) (2014). *Nacimientos bajo control. El parto en las edades Moderna y Contemporánea*. Asturias: Trea, págs. 129-148.

GARCÍA GALÁN, Sonia. «Las prácticas tradicionales y la medicalización del parto: una convivencia tensa en la sociedad contemporánea» En GARCÍA GALÁN, Sonia; MEDINA QUINTANA, Silvia; SUÁREZ SUÁREZ, Carmen (eds.) (2014). *Nacimientos bajo control. El parto en las edades Moderna y Contemporánea*. Asturias: Trea, págs. 109-128.

GARCÍA GALÁN, Sonia; MEDINA QUINTANA, Silvia; SUÁREZ SUÁREZ, Carmen (eds.) (2014). *Nacimientos bajo control. El parto en las edades Moderna y Contemporánea*. Asturias: Trea.

GARCÍA GARCÍA, Eva Margarita (2017). «La(s) menopausia(s). Simbologías y sintomatologías culturales» en *Femeris. Revista multidisciplinar de estudios de género*, volumen 2, nº 1, Universidad Carlos III de Madrid, págs. 223-231.

GARCÍA MARTÍNEZ, Antonio Claret, et al. (1996). «La imagen de la matrona en la Baja Edad Media» en *Híades, Revista de Historia de la Enfermería*, 3-4, 1996/97, págs. 61-82.

GASKIN, Ina May (2003), *Ina May's guide to childbirth*. Ed. Bantam Dell.

GENERALITAT VALENCIANA (2012). «Partos por cesárea en centros privados. Comunitat Valenciana, 2012», disponible en http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/osip/2007/OSIP_CS_EMB_G13.pdf (acceso 06-03-2018=.

GEORGOPOULOS, Basil S. y MANN, Floyd C. (1979). «The Hospital as an Organization» en *Patients, Physicians, and Illness*, New York: Free Press- E. Gartley, págs. 296-305.

GERRIG, Richard y ZIMBARDO, Philip (1985) *Psicología y vida*. Naucalpan de Juárez: Pearson.

GÉRVAS, Juan (2014). «El parto, mortalidad materna y encarnizamiento médico» en *Acta Sanitaria* del 5-10-2014, disponible en: <http://www.actasanitaria.com/el-parto-mortalidad-materna-y-encarnizamiento-medico/> (acceso 03-02-2018).

GIBERTI, Eva (2003). «El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos», disponible en: <http://www.evagiberti.com/el-poder-hegemonico-del-medico-en-situacion-de-embarazos-y-partos/> (acceso 03-02-2018).

GILART CANTIZANO, Pilar *et al.* (2016) «Actualización sobre el uso de la maniobra de Hamilton como método de inducción parto vs inducción farmacológica», disponible en <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/maniobra-hamilton-induccion-parto/> (acceso 15-03-2018).

GINSBURG, Faye y RAPP, Rayna (1995) *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.

GIRARD, Marc (2010). «La brutalisation du corps féminin dans la médecine moderne», disponible en: <http://www.rolandsimion.org/spip.php?article23&lang=fr> (acceso 03-02-2018).

GOFFMAN, Erving (1972) *Internados: Ensayos sobre la situación social de diez enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, María Asunción (comp.) (1993). *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Ed. Siglo XXI.

GONZÁLEZ LAGO, Manuel (2016). «Industria farmacéutica: corrupción contra la salud y los presupuestos públicos», disponible en: <http://www.nogracias.eu/2016/03/31/industria-farmaceutica-corrucion-contra-la-salud-y-los-presupuestos-publicos/> (acceso 03-02-2018).

GONZÁLEZ SALGADO, Sofía (2011). «La atención al parto hospitalario», en LÓPEZ VILLAR, Cristina (coord.) (2011). *Estudios multidisciplinares para la humanización del parto*. A Coruña: Universidade da Coruña, págs. 39-50.

GOSÁLVEZ, Patricia (2014). «Nosotras parimos, pero ¿dónde?», en El País, 21 de diciembre de 2014, disponible online en: https://politica.elpais.com/politica/2014/12/19/actualidad/1419018235_801849.html (acceso 16-03-2018).

GREEN, Judith, et al. (2003) «Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population», en *Journal of Health Psychology*, 8, 6, 753-764.

GROSSINGER, Richard (1990). *Planet Medicine: From Stone Age Shamanism to Post-Industrial Healing*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

GRUP NÈIXER (2016). «Asistencia partos en casa», disponible en:
<http://grupneixer.com/asistencia-partos-en-casa/>

GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t), pág. 37, disponible en:
<http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
(acceso 03-02-2018).

GUSFIELD, Joseph (1984). *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order Paperback*. Chicago: University Of Chicago Press.

GUTMAN, Laura (2007). *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*. Buenos Aires: Ed. Del Nuevo Extremo.

GUTMAN, Laura (2012). *Amor o dominación. Los estragos del patriarcado*. Argentina: Del Nuevo Extremo.

HARTMANN et al. (2005) , «Outcomes of routine episiotomy: a systematic review» en *Jama* 2005 May 4;293(17), págs. 2141-8.

HARPER, Barbara (1996). *Opciones para un parto suave*. Rochester: Inner Traditions.

HECQUET, Philippe (1708), *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes et de l'obligation aux mères de nourrir leurs enfants: ouvrage dans lequel on fait voir, par des raisons de physique, de morale et de médecine, que les mères n'exposeroient ni leurs vies, ni celles de leurs enfants, en se passant ordinairement d'accoucheurs et de nourrices*. París: Etienne.

HEREDIA HERNANDEZ, Braulio y LUGONES BOTELL, Miguel (2007). «Edad de la menopausia y su relación con el hábito de fumar, estado marital y laboral» en *Rev Cubana Obstet Ginecol.* nº 33(3), págs. 1-7.

HERITAGE, Christine (1998) «Working with childhood sexual abuse survivors during pregnancy, labor, and birth», en *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998 Nov-Dec;27(6):671-7.

HERNÁNDEZ, Susana (2017) «¿Qué causa el entumecimiento abdominal después de la cesárea, y qué puede usted hacer al respecto?», en *Salud Consultas*, 16-09-2017, disponible en:

<https://www.saludconsultas.com/que-causa-el-entumecimiento-abdominal-despues-de-la-cesarea-y-que-puede-usted-hacer-al-respecto/29919> (acceso 19-01-2018).

HERNÁNDEZ GARRE, José Manuel y ECHEVERRÍA PÉREZ, Paloma (2014). «La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas», en *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol. LXIX, nº 2; julio-diciembre 2014, págs. 327-348.

HERNÁNDEZ PEDREÑO, Manuel (2002) «Perfiles sociales de salud: diferencias según género». En Ramos García, Elvira (coord.) (2002) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. I Congreso Nacional: Murcia, 9 y 10 de Mayo 2002*. Madrid: Instituto de la Mujer. Páginas 248-250.

HERRERA, Blanca. «Enema y rasurado público», disponible en:

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/enema-y-rasurado-publico> (acceso 03-02-2018).

HODNETT, Ellen, et al. (2008). «Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida)» en *La Biblioteca Cochrane Plus* nº 4. Oxford: Update Software Ltd., disponible en: <http://www.update-software.com> (acceso 03-02-2018).

HOLMES, Oliver Wendell (1892) *Medical Essays*. Tomo IX. Boston: Houghton & CO.

HUNTINGFORD, Peter (1978). «Obstetric Practice: Past, Present and Future» en KITZINGER, Sheila (ed.) *The Place of Birth*, Oxford: Oxford University Press. Págs. 229-250.

IMAZ, Elixabete (2010). «Entre ginecólogos y matronas. La relación con lo médico en la cotidianidad de la embarazada», en ESTEBAN, Mari Luz; COMELLES, Josep M. y DÍEZ MINTEGUI, Carmen (eds.) (2010). *Antropología, género, salud y atención*, Barcelona: Edicions Bellaterra, págs. 173-189.

INSGENAR (2003). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario, Argentina: Instituto de Género, Derecho y Desarrollo.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO (2007) «Alteradores endocrinos: exposición laboral», en *Notas técnicas de prevención* nº 758, págs. 1-6.

JANSEN, Lauren, et al. (2013). «First Do No Harm: Interventions During Childbirth» en *The Journal of Perinatal Education*. Spring; 22(2): 83–92.

JOHANSON, Richard, et al. (2002). «Has the medicalization of childbirth gone too far?» en *British Medical Journal*. nº 324, págs. 892-895.

JORDAN, Brigitte (1997), «Authoritative knowledge», en DAVIS-FLOYD, Robbie y SARGENT, Carolyn (eds.) (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge*. Berkeley: University of California Press.

JULBE, Laia (2016). «Golpe a la Sanidad: al fin un informe pone cara a los recortes públicos en el sector», en *El Economista*, 20-04-2016, disponible online en: <http://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/7506020/04/16/Golpe-a-la-Sanidad-un-informe-pone-al-fin-cara-a-los-recortes-publicos-en-el-sector.html> (acceso 17-03-2018).

KATSULOV A, et al. (2003) «Myopia and childbirth» en *Akush Ginekol (Sofia)*. 2003;42. Suppl 2:7-9.

KENNY, Michael y DE MIGUEL, Jesús M. (comp.) (1980). *La antropología médica en España*. Barcelona: Ed. Anagrama.

KITZINGER, Sheila (1996). *Nacimiento en casa*. Barcelona: Icaria.

KLEINMAN, Arthur (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. California: University of California Press.

LAMEIRAS FERNÁNDEZ, María, et al. (2013). *El clítoris y sus secretos*. Vigo: Unidad de Igualdad de la Universidad de Vigo.

LANDY, Helain, et al. (2011). «Characteristics Associated with Severe Perineal and Cervical Lacerations During Vaginal Delivery» en *Obstet Gynecol*. Marzo 2011, nº 117, págs. 627–635.

LATTUS, José y CARREÑO, Erika (2010). «El asiento del nacimiento» en *Revista Obstetricia-Ginecología, Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*, nº 5, págs. 41-50.

LAVIÑA CASTAN, Ana Belén (2014). «Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna» en *Revista Duazary*, vol. 2, nº 2, págs. 115-125.

LEDERMAN, Regina, et al. (1978). «The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor» en *American journal of obstetrics and gynecology*, nº 132(5), págs. 495-500.

LEMAY, Gloria (2010) «La naturaleza de parir y nacer», disponible en:

https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partonormal/2.-%20La%20naturaleza%20de%20parir%20y%20nacer_Gloria%20Lemay.pdf (acceso 03-02-2018).

LEVRAN D., et al. (1988) «The evalue of amnioscopy» en *Obstet Gynaecol* 1988, nº 284, págs. 271-274.

LONG, Mireia (2009). «El parto en Holanda» disponible en *Bebés y más*, 20-5-2009: <http://www.bebesymas.com/parto/el-parto-en-holanda> (acceso 03-02-2018).

LÓPEZ VILLAR, Cristina (coord.) (2011). *Estudios multidisciplinares para la humanización del parto*. A Coruña: Universidade da Coruña.

LORENTE ACOSTA, Miguel; TOQUERO DE LA TORRE, Francisco (2004). *Guía de buena práctica clínica en abordaje de la violencia de género*. Madrid: IM&C.

LOTHIAN, Judith; GRAUER, Alyson (2003). «“Reality” Birth: Marketing Fear to Childbearing Women», en *The Journal of Perinatal Education*, 12 (2), vi-viii.

MANRIQUE, Patricia (2014). «El feminismo debe trabajar la maternidad como experiencia de gozo», disponible en: <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=185499> (acceso 03-02-2018).

MARCOS, Inma (sin fecha, a). «Monitorización», disponible en:
<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/monitorizacion-extint-discontinua-etc> (acceso 03-02-2018).

MARCOS, Inma (sin fecha, b). «Embarazo y parto, un buen inicio de la lactancia», disponible en:
<http://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/embarazo-y-parto-un-buen-inicio-de-la-lactancia/> (acceso 24-01-2018)

MARTIN, Emily (1987). *The Woman in the body*, Boston: Beacon Press.

MARTIN, Robert (1994). «Capacidad cerebral y evolución humana», en *Investigación y ciencia*, diciembre 1994.

MARTÍN CASARES, Aurelia (2006). *Antropología del género*. Madrid: Cátedra.

MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel (1996). «Antropología de la salud. Una aproximación genealógica» en PRAT, Joan; MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel (eds.), *Ensayos sobre antropología cultural*. Barcelona: Ariel, págs. 369-381.

MATA, María Teresa (2015). «La depresión postparto», disponible en *Revista Mensalus* del 21-1-2015: <http://mensalus.es/psicologos/la-depresion-postparto/> (acceso 03-02-2018).

MATUD, María Pilar (2007). «Domestic Abuse and Children's Health in the Canary Islands, Spain» en *European Psychologist* nº 12, págs. 45-53.

MCCLAIN, Carol (1975) «Ethno-Obstetrics in Ajijic» en *Anthropological Quarterly* 48(1).

MEAD, Margaret (1975). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Barcelona: Paidós.

MEAD, Margaret (2006). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona: Paidós Ibérica.

MELANDRI, Lea (1977). *La infamia originaria*. Barcelona: Hacer. Traducción: Luisa Hurtado y Carmen Artal.

MENDIOLA GALVÁN, Francisco (2008) «Espacio, territorio y territorialidad simbólica» en *Nóesis. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, vol. 17, núm. 33, enero-junio 2008, pp. 12-44.

MENÉNDEZ, Eduardo (1992). «Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales» en CAMPOS, Roberto (comp.), *La antropología médica en México*. México: Instituto-Mora, UAM, págs. 97-114.

MILL, John Stuart (1970). *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza.

MINGOTE ADÁN, José Carlos y PÉREZ-CORRAL, Francisco (1999). *Estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Díaz Santos.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014). «Costes hospitalarios - Contabilidad Analítica», disponible en:

<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm> (acceso 03-02-2018).

MOI, Toril (1999). *What is a woman? And other essays*. Nueva York: Oxford University Press.

MONCÓ REBOLLO, Beatriz (2009). «Maternidad ritualizada: un análisis desde la antropología del género» en *Revista de Antropología Iberoamericana*, volumen 4, nº 3, Septiembre-Diciembre 2009, págs. 357-384.

MONTES MUÑOZ, María Jesús (2007). «Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos». Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

MONTES MUÑOZ, María Jesús (2010). «Mujeres, reproducción y género. Encuentros asistenciales en el embarazo y el parto» en ESTEBAN, Mari Luz; COMELLES, Josep M. y DÍEZ MINTEGUI, Carmen (eds.), *Antropología, género, salud y atención*, Barcelona: Edicions Bellaterra, págs. 191-208.

MOORE, Keith (2015). «How accurate are due dates?», disponible en: <http://www.bbc.com/news/magazine-31046144> (acceso 03-02-2018).

MORENO MARTÍNEZ, Mª Dolores (2009). «Control fetal intraparto. Clases de Residentes 2009», en *Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada*, disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.control_fetal_intraparto.pdf (acceso 10-03-2018).

MOUSA, Abdulmalk *et al.* (2003). «Treatment for postpartum hemorrhage» en *Biblioteca Cochrane*, disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003249.pub3/abstract> (acceso 10-03-2018).

MSA (2010). «Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia», disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf> (acceso 10-03-2018).

MUÑOZ SECO, Elena, *et al.* (2006) «Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios» en *Aten. Primaria 2006*; 34(4): 209-214.

MURPHY, Carry (2018). «The Husband Stitch Isn't Just a Horrifying Childbirth Myth», disponible en: <https://www.healthline.com/health-news/husband-stitch-is-not-just-myth> (acceso 02-02-2018).

NAROTZKI, Susana (1995). *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*. Madrid: CSIC.

NASCIMENTO CARNEIRO, Marinha (2005). «A nova cultura científica na obstetrícia e seus efeitos profissionais» en *Revista da Faculdade de Letras 69*. Porto, III Série, vol. 6, 2005, págs. 69-9.

NERUM, Hilde, *et al.* (2006) «Maternal request for cesareal section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling?» en *Birth 2006*, Septiembre, 33(3), págs. 221-8.

NÓVOA, Santos (1929). *La mujer, nuestro sexto sentido y otros esbozos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

NERI A. et al. (1985). «The management of labor in high myopic patients». en *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1985 May;19(5):277-9.

OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES (OSM) (2012, revisado en 2015). «Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Informe sobre la atención al parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud», disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/A_InformeFinalEAP.htm

(Acceso 03-02-2018).

OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES (OSM) (2013). «Impulsar y armonizar la humanización de la asistencia en las unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales del sistema nacional de salud» en el *Acuerdo del pleno celebrado el día 23 de julio de 2013*, Punto 24 del Orden del Día. Subdirección General de Calidad y Cohesión Observatorio de Salud de las Mujeres.

ODENT, Michel (1990). *El bebé es un mamífero*. Madrid: Mandala.

ODENT, Michel (2005). *El nacimiento renacido*. Argentina: Creavida.

OLIVA, José Luis (1941). «Vigilancia médica del embarazo. Su importancia en la defensa de la madre y el hijo», en *Conferencias radiadas de puericultura*. Jefatura Provincial de Sanidad, Servicios Provinciales de Sanidad Infantil y Maternal. Málaga: La Regional, págs. 16-20.

OLZA, Ibón (2014). «Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica» en *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de psicosomática*. Madrid: Editorial Médica nº 111, págs. 79-83.

OMS (1948). «Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946», disponible en: <http://www.who.int/> (acceso 03-02-2018).

OMS (1985). «Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza» en *The Lancet* nº 2, 1985; ii, págs. 436-437.

OMS (2003). «Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2003», Ginebra, disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102spa.pdf> (acceso 03-02-2018).

OMS (2014). «Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud», disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spapdf?ua=1&ua=1 (acceso 17-03-2018).

OMS (2018). «WHO Recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience», disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1> (acceso 13-03-2018).

ONU (1948). «Declaración Universal de Derechos Humanos» (1948), disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> (acceso 03-02-2018).

ONU (1993). «Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos», disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/humanrights.shtml> (acceso 03-02-2018).

ORTIZ GÓMEZ, Teresa (2002). «El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer» en RAMOS GARCÍA, Elvira (coord.) (2002) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. I Congreso Nacional: Murcia, 9 y 10 de Mayo 2002*. Madrid: Instituto de la Mujer, págs. 29-41.

ORTNER, Sherry (1974). «Is Female to Male as Nature is to Culture?», en ROSALDO, Michelle; LAMPHERE, Louise; *Woman, Culture and Society*. California: Stanford University Press.

OVO (2017). «Informe del Observatorio español de la violencia obstétrica. Año 2016», disponible en:
<https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf> (acceso 03-02-2018).

PAHO (2007). *Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

PANUTHOS, Claudia (1987). *Maternidad maravillosa: Una guía práctica*. México: PaxMéxico.

PASTOR, Rosa (2004). «Cuerpo y género: representación e imagen corporal», en BARBERÁ, Ester; MARTÍNEZ BENLOCH, Isabel, *Psicología y género*, Madrid: Pearson Educación.

PAUL, Benjamin D. (1955). *Health, culture and community*, New York: Russell Sage Foundation.

PEDREIRA PÉREZ, Milagros (2016). «Infarto agudo de miocardio en la mujer, ¿es diferente que en los hombres?» en *Sociedad Española de Cardiología*, disponible en: <https://secardiologia.es/multimedia/blog/7019-infarto-agudo-de-miocardio-en-la-mujer-es-diferente-que-en-los-hombres> (acceso 03-02-2018).

PERAPOCH LÓPEZ, Josep, et al. (2006). «Cuidados centrados en el desarrollo (CCD). Situación en las unidades de neonatología de España. 2005» en *Anales de Pediatría* nº 64, págs. 132-139. Barcelona: Elsevier.

PÉREZ MELERO, Rocío, et al. (2014). «¿Cómo valoran las mujeres ceutíes su calidad de vida en el periodo de climaterio? » en *Revista Matronas* nº 0, págs. 22-30.

POIRIER, Jean (1968) *Ethologie générale*. Bruges: Éditions Gallimard.

PREER, Geneviève, et al. (2013) «Delaying the bath and in-hospital breastfeeding rates» en *Breastfeed Med.* (6):485-90.

PROST M. (1996) «Severe myopia and delivery» en *Klin Oczna.* 1996 Feb;98(2):129-30.

QUIÑONERO, Llum (2002). «Vuelta al parto natural» en *El Mundo* nº 341, 28-4-2002, disponible en: <http://www.elmundo.es/cronica/2002/341/1020064607.html> (acceso 03-02-2018).

RAFFESTIN, Claude (1980), *Pour une geographie du pouvoir*, París: Librairies Techniques.

REZA, Gloria (2013). «Contra la violencia obstétrica», disponible en: <http://www.proceso.com.mx/?p=342983> (acceso 03-02-2018).

REVEIZ, Ludovic, et al. (2008) «Enemas durante el trabajo de parto», disponible en: *Biblioteca Cochrane*, <http://www.cochrane.org/es/CD000330/enemas-durante-el-trabajo-de-parto> (acceso 03-02-2018).

RIBERA DOMENE, Dolores, et al. (1993) *Estrés laboral y salud en los profesionales de enfermería: estudio empírico en la provincia de Alicante*. Alicante: Universidad de Alicante, Secretariado de Publicaciones.

RIVERS, William (1924). *Medicine, Magic and Religion*. New York: AMS Press.

RODRÍGUEZ SERRANO, Estefanía (2015) «El auge de la Medicina Defensiva» en *El Derecho.com*, 22-12-2015, disponible en: http://www.elderecho.com/tribuna/penal/auge-Medicina-Defensiva-reclamaciones-profesional-sanitario-codigo-penal_11_897805002.html (acceso 20-01-2018).

RONDÓN, Marta B. (2008). «Aspectos sociales y emocionales del climaterio. Evaluación y manejo. Simposio de Climaterio y menopausia» en *Rev Per Ginecol Obstet* 2008, nº 54, págs. 99-107.

RUBIN, Gayle (1986). «El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo» en *Nueva Antropología*, 8(30), págs. 95-145.

RUIZ-CANTERO, María Teresa, et al. (2007). «A framework to analyse gender bias in epidemiological research» en *Journal of Epidemiology and Community Health*, nº 61 (supl II), págs. 46-53.

RUIZ VÉLEZ-FRÍAS, Consuelo (1955). *El parto sin dolor. Método de preparación psicoprofiláctico*. Madrid: Ed. Encyclopédica.

RAKIC, Pasko (2006). «Ultrasound Affects Embryonic Mouse Brain Development», disponible en: <http://news.yale.edu/2006/08/07/ultrasound-affects-embryonic-mouse-brain-development> (acceso 03-02-2018).

REVERTER BAÑÓN, Sonia (2010). «El feminismo: más allá de un dilema ajeno», en *Feminismo/s* nº 15, junio 2010, págs. 15-32.

RICH, Adrienne (1978). *Nacida de mujer: La crisis de la maternidad como institución y como experiencia*. Barcelona: Noguer.

RODRIGÁÑEZ BUSTOS, Casilda (2000). «Tender la urdimbre. El parto es una cuestión de poder», disponible en:
<http://unadelosantiguosninos.blogspot.com.es/2013/11/tender-la-urdimbre-el-parto-es-una.html> (acceso 03-02-2018).

RODRIGÁÑEZ BUSTOS, Casilda (2008). «El metabolismo del psiquismo y la sociabilidad humana», disponible en: <https://sites.google.com/site/casildarodriganez/>(acceso 03-03-2018).

RODRIGÁÑEZ BUSTOS, Casilda (2010). *La sexualidad y el funcionamiento de la dominación*. Alicante: Ed. Casilda Rodrígáñez Bustos.

SADLER, Michelle (2004). «Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto». En SADLER, Acuña, *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Catalonia, págs. 15-66.

SADLER, Michelle y RIVERA, Magdalena (2015). «El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos», en *Revista Contenido. Cultura y Ciencias Sociales*. nº 6, 2015, págs. 60-72.

SÁEZ BUENAVENTURA, Carmen (1993). «Socialización de género y psicopatología», en GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, María Asunción (comp.) (1993). *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Ed. Siglo XXI, pág. 252-254.

SAMPER, Esther (2008). «Ya casi nadie nace de culo en España», disponible en <http://www.partodenalgas.com/index.asp?title=Ya+casi+nadie+nace+de+culo+en+Espana%F1a&longitud=1> (acceso 16-03-2018).

SANDALL, J., et al. (2013). «Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women» en *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 21;8.

SANTOS, Milton (1994). «O retorno do territorio», en SANTOS, Milton, DE SOUZA, Adelia y SILVEIRA, Maria Lauria (eds.), *Territorio, globalização e Fragmentação*. Sao Paulo: Hucitec Anpur, págs. 15-20.

SARRIÁ-SANTAMERA, Antonio; LÓPEZ-MADURGA, Eva (2003). «Diferencias en la probabilidad de una cesárea asociadas con la dependencia del hospital, el volumen de casos y el riesgo obstétrico» en *Atención Primaria*, nº 32 (6).

SARRIÓN, Maite (2009). «Empoderamiento: amor, poder y liderazgo». *Actas del V Congreso Estatal ISONOMÍA «Poder, poderes y empoderamiento. ¿Y el amor? ¡Ah, el amor!»*. Castellón: Universitat Jaume I.

SÁNCHEZ LÓPEZ, María Pilar (comp.) (2003). *Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad*. Madrid: Díaz de Santos.

SAU, Victoria (1998). *Defensa de la mujer*. Barcelona: Icaria.

SAU, Victoria (2000). *Reflexiones feministas para principios de siglo*, Madrid: Horas y Horas.

SAU, Victoria (2008). *Segundas reflexiones feministas para el siglo XXI*, Madrid: Horas y Horas.

SCOTH, Norman (1963). «Medical Anthropology» en *Biennial Review of Anthropology* nº 3, págs. 30-68.

SELIN, Helaine y STONE, Pamela K. (eds) (2009). *Childbirth across Cultures. Ideas and Practices of Pregnancy, Childbirth and the Postpartum*. New York: Springer.

SEVILLANO, Elena (2013). «Donde vives determina cómo pares» en *El País*, 23-03-2013, disponible en:

https://elpais.com/sociedad/2013/03/23/actualidad/1364074110_159621.html?rel=mais (acceso 20-01-2018).

SEVILLANO, Elena (2016). «¿Por qué los niños ya no nacen en festivo?» en *El País*, 28-11-2016, disponible en:

https://politica.elpais.com/politica/2016/11/16/actualidad/1479313243_978711.html (acceso 20-01-2018).

SHEA-LEWIS, Anne, et al. (2018). «An Investigation into the Safety of Oral Intake During Labor», en *Am J Nurs.*, marzo 2018, número 118(3), págs. 24-31, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29424752> (acceso 19-03-2018).

SHIPMAN, Pat (2014). «El difícil trance del parto humano» en *Revista Investigación y ciencia*, mayo 2014, págs. 36-40.

SMYTH, Rebecca, et al. (2009) «Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo» en *The Cochrane Library*, disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD006167/amniotomia-para-acortar-el-trabajo-de-parto-espontaneo> (acceso 20-01-2018).

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, SEGO (2011). «Parto en posición de nalgas a término. Protocolo asistencial» en *Revista Semergen* nº 54, Madrid: Elsevier, págs. 478-500.

ST-AMANT, Stéphanie (2013). *Déconstruire l'accouchement: épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*. Université du Québec à Montréal: tesis doctoral.

STOLLER, Nancy (1974). *Forced labor; maternity care in the United States*. Oxford: Pergamon Press.

STOLKINER, Alicia (1987). «Distintos paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas» en *Salud y sociedad*, nº 4, páginas 25-31.

STOTLAND, N., et al. (2010) «Preventing excessive weight gain in pregnancy: how do prenatal care providers approach counseling?» en *Int J Womens Health* 2010;19(4):807-14.

Sudnow, David (1971). *La Organización social de la Muerte*. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo

SZASZ, Thomas (1970). *The Manufacture of Madness*. New York: Harper & Row.

TABET, Paola (1985). «Fertilité naturelle, reproduction force», en MATHIEU, Nicole-Claude (ed.), *L'Arraignment des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, París: Éditions des Hautes Études en Sciences Sociales, págs. 61-146.

TABOADA, Leonor (1978). *Introducción al self-help*. Fontanella, Barcelona.

TORRES DE CARVALHO, Fernanda y PICCININI, Cesar Augusto (2006). «Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes», en *Interação en Psicología*. 2006, volumen 10 (02):345-55. Disponible en: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/7693> (acceso 20-01-2018).

TORTOSA, José María (coord.) (2001). *Pobreza y perspectiva de género*. Barcelona: Icaria.

TREVATHAN, W. (1997) «An evolutionary perspective on authoritative knowledge about birth» en Davis-Floyd, Robbie, *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, págs. 80-88.

TRUSTLAW WOMEN (2011). «The world's most dangerous countries for women 2011», informe disponible en: <http://news.trust.org/spotlight/the-worlds-most-dangerous-countries-for-women-2011> (acceso 01-02-2018).

TUBERT, Silvia (1996). *Figuras de madre*, Madrid: Cátedra.

UNDP (2016). *Human Development Report 2016. Work for Human Development*. New York: PBM Graphics.

UNICEF (2016). «Unicef's data work on FGM/C» (folleto), disponible en: https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf (acceso 20-01-2018).

UNITECO (2004) «Estudio de siniestralidad en la ginecología y obstetricia de España. Responsabilidad civil professional. 1995-2004» en *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, disponible en: <http://nidoapp.com/files/ESTUDIO-SINIESTRALIDAD-SEGO.pdf> (acceso 10-03-2018).

URANGA, Alfredo, et al. (2004). *Guía para la atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la familia*. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Argentina: Ministerio de Salud.

USANDIZAGA, José Antonio (1981). *La obstetricia y la ginecología durante el romanticismo*. En *Historia Universal de la Medicina* (Laín Entralgo), tomo V. Barcelona: Salvat, págs. 315-321.

VALCÁRCEL, Amelia (2000). «Las filosofías políticas en presencia del feminismo», en AMORÓS, Celia (ed.) (2000) *Feminismo y Filosofía*. Madrid: Síntesis, págs. 115-133.

VALLS-LLOBET, Carme (2002). «Promoción de la salud desde la perspectiva de género» en RAMOS GARCÍA, Elvira (coord.) (2002) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. I Congreso Nacional: Murcia, 9 y 10 de Mayo 2002*. Madrid: Instituto de la Mujer, págs. 200-205.

VALLS-LLOBET, Carme (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Random House Mondadori.

VALLS-LLOBET, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Alianza.

VAN GENNEP, Arnold (2013). *Los ritos de paso*. Madrid: Alianza Editorial.

VÁZQUEZ VEGA, Pablo (Ed.) (2010). *La feminización de las profesiones sanitarias*. Bilbao: Fundación BBVA-UCM.

VELASCO, Patricia (2016) «Cada año, 600 mujeres dan a luz en casa en España», disponible en: <http://www.madridiario.es/437918/mujeres-dan-luz-casa-nacimientos> (acceso 06-03-2018).

VILLAR SALINAS, Jesús (1942). *La maternidad contemporánea en España*. Madrid: Publicaciones al servicio de España y del niño español, Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad, Servicio de Sanidad Infantil y Maternal, págs. 51-52.

VILLAVERDE, María Silvia (2006). *Salud sexual y procreación responsable*. Buenos Aires: Jurisprudencia argentina.

VILLAVERDE MAZA, Noemí (2011). «El tercer género o queer: el biocentrismo», en *Una antropóloga en la luna*, 20 de marzo de 2011, disponible en:

<http://unaantropologaenlaluna.blogspot.com.es/2011/03/el-genero-y-el-sexo-el-biocentrismo.html> (acceso 20-01-2018).

VILLEGAS POLJAK, Asia (2009). «La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico», en *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* v.14 nº 32 de junio 2009, disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012009000100010&script=sci_arttext (acceso 20-01-2018).

WAGNER, Marsden (1999). «Episiotomy: A Form of Genital Mutilation» en *The Lancet*, nº 353, 5-6-1999, págs. 1977-1978.

WAGNER, Marsden (2000). «El nacimiento en el nuevo milenio» en Ob Stare (comp.) / *Congreso Internacional de parto y nacimiento en casa*, págs. 11-28, disponible en: <http://instintomaternal.com/Es/c/?iddoc=417> (acceso 20-01-2018).

WASHBURN, Sherwood L. (1960). «Tools and human evolution», en *Sci Am* nº 203, págs. 63-75.

WAX, Joseph, et al. (2010). «Maternal and Newborn Outcomes in Planned Home Birth vs Planned Hospital Births: A Metaanalysis» en *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, nº 203, 243.e1- 243.e8.

WERNER, David (1980). *Donde no hay doctor: una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*, 4ª ed. Palo Alto, California: Fundación Hesperian.

WERTZ, Richard y WERTZ, Dorothy (1990). «Notes of the decline of midwives and the rise of medical obstetricians» en KONRAD, Peter (Ed.), *The Sociology of Health and Illness*. New York: St. Martin's Press, págs. 148-160.

WILKINSON, Sue y KITZINGER, Celia (1996). *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Barcelona: Paidós.

WILSON, Robert (1963) «The fate of the nontreated postmenopausal woman: a plea for the maintenance of adequate estrogen from puberty to the grave» en FAUSTO STERLING, Anne (1985) *Myths of Gender: Biological Theories about Women and Men*. New York: Ed. Basic Books.

WOLF, Diane (1996). *Feminist Dilemmas in Fieldwork*. London: Westview Press.