

«LO MÁS NATURAL POSIBLE»: NARRATIVAS DE MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA EN EL PARADIGMA DEL PARTO HUMANIZADO¹

“As Natural as Possible”: Narratives of Primary Health Care and Hospital Midwives in the Humanized Birth Paradigm

Lara Beatriz Martín-Castañeda¹

Correo electrónico: laramartin.bcn.ics@gencat.cat

1. Matrona ASSIR Esquerra, Barcelona. Graduada en Antropología Social y Cultural por la UNED. Máster en Mujeres, Género y Ciudadanía por la Universitat de Barcelona (*Barcelona, España*).

Recibido: 25/03/2020 Aceptado: 11/05/2020



¹ Este artículo nace del TFM del Máster Mujeres, Género y Ciudadanía titulado: «Nuevas formas de atención biomédica a los procesos reproductivos: parto humanizado. Vínculos con los feminismos desde la perspectiva de las matronas de atención hospitalaria y primaria en Barcelona», defendido en Barcelona en setiembre de 2019. Asimismo, fue presentado como comunicación oral el 30 de enero de 2020 en el I Congreso COCA celebrado en Tarragona

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Los movimientos de parto humanizado se desarrollan plenamente en los años 80 como una corriente crítica hacia las praxis de la biomedicina en los procesos reproductivos. Lo natural y la naturaleza son conceptos centrales dentro del mencionado paradigma. Se exaltan las capacidades biológicas de las mujeres para dar a luz sin injerencia biomédica tomando elementos ecofeministas. **OBJETIVO.** Explorar las visiones de las matronas entrevistadas en la intersección entre parto humanizado y naturaleza. **METODOLOGÍA.** La presente investigación se llevó a cabo con una metodología cualitativa de corte etnográfico. Se realizaron 8 entrevistas a matronas tanto de atención primaria como hospitalaria en Barcelona. **RESULTADOS.** Las informantes construyen lo natural aplicado a los procesos reproductivos como un *continuum* de opciones fluidas con dos polos: el del intervencionismo con connotaciones negativas y el del naturalismo, vinculado con elementos positivos. Por otro lado, la dicotomía mente/cuerpo cartesiana se invierte a nivel valorativo: la mente vehicula elementos biomédicos y por tanto negativos mientras que el cuerpo debe tomar el control. **CONCLUSIONES.** Siguiendo los preceptos de los movimientos de parto humanizado, las informantes consideran que la naturaleza guía los procesos reproductivos. No obstante, encontramos diferencias entre las más afines al intervencionismo biomédico y aquellas que consideran que dichos procesos no deben ser perturbados.

Palabras clave: matronas; naturalismo; parto humanizado.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Humanized childbirth movements were fully developed in 1980s as a criticism towards biomedical practice in reproductive processes. “Nature” and “natural” are important concepts within the mentioned paradigm. Women’s biological abilities to give birth without biomedical interference are emphasized and we can see ecofeminist influences on it. **AIMS.** To explore interviewed midwives’ perceptions about the humanized childbirth paradigm and nature. **MATERIAL/METHODS.** The methodology is an ethnographic qualitative research design. Eight midwives who work in primary and hospital care settings in Barcelona were interviewed. **RESULTS.** Informants consider “nature” in childbirth as a range with two extremes: interventionism with negative implications and naturalism related with positive elements. On the other hand, the Cartesian mind/body dichotomy is reversed: the mind is associated with biomedicine and therefore with negative elements while the body must take control. **CONCLUSIONS.** Following the precepts of the humanized childbirth paradigm, all informants take nature as a guide in reproductive processes. However, some of them are more closely aligned with biomedical interventionism while others feel that these processes shouldn’t be manipulated.

Keywords: Midwifery; Naturalism; Humanization of Childbirth.

INTRODUCCIÓN

Parto Humanizado

El «parto humanizado» como concepto se acuña en el 2000 en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto celebrada en Ceará (Umenai, 2001) y hace hincapié en la humanización de la atención biomédica en los procesos reproductivos.² Se hace eco de textos previos de la OMS (1985; 1996) donde se establecían unas recomendaciones acerca de la tasa de cesáreas e inducciones al parto óptimas habida cuenta del ascenso del intervencionismo obstétrico en todo el mundo.

El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras. (Arnau et al., 2012, p. 232)

Por otra parte, no es posible esbozar un bosquejo coherente acerca de los movimientos de parto humanizado sin nombrar a Lamaze (1954) y Dick-Read (1944), que en los años 40 reivindicaron que un parto sin dolor y sin miedo no es solo posible sino deseable. Posteriormente, en los 80 y 90, Leboyer (1974) y Odent (1990) construirán el parto como un proceso fisiológico: un evento íntimo que se enmarca dentro de la vida sexual de las mujeres de capital importancia para el binomio madre-criatura y para el futuro desarrollo psicofísico del bebé. Será considerado un acontecimiento que no necesita la batuta biomédica ya que dicha injerencia puede ser profundamente iatrogénica.

Desde una visión más amplia, el parto humanizado surge como una crítica al control biomédico de los cuerpos de las mujeres que deriva de su característico androcentrismo (Bellón, 2015; Davis-Floyd, 2001; García, 2018; Rodrigáñez, 2000; Sadler, 2004). Exige la recuperación de unos cuerpos de mujer enajenados en manos supuestamente expertas, cuerpos mamíferos que saben cómo gestar, parir y lactar. Blázquez (2009) reflexiona en

² La biomedicina también puede denominarse «Modelo Médico Hegemónico» (Menéndez, 1990), «medicina occidental» o «alópata», y se caracteriza por ser una institución de marcado carácter positivista, biologicista, mercantil, ahistórica e individualista, entre otras. Se asocia a la racionalidad y destaca por su tendencia al control y sanción social que remite al concepto foucaultiano de biopoder (Sadler, 2004). Corresponde en el contexto de la investigación a los hospitales y centros de salud donde las informantes realizan su actividad diaria y también a ellas mismas como profesionales del sector salud.

su tesis acerca de cómo dentro del concepto de «humanizado» se incluyen varios elementos: la mujer como eje central del proceso, («el parto es nuestro») opinión también compartida por Wagner (2001); enfoque holístico de la atención y por último humanización del trato que podría traducirse como respeto, intimidad y en otros contextos, «pertinencia cultural» en la atención (Freyermouth y Meneses, 2017).

Como síntesis, el parto humanizado implica no únicamente la actualización de los protocolos hospitalarios en función de la denominada «evidencia científica», sino que trata de revertir las representaciones sociales que se han generado alrededor del embarazo y el parto (Lázare, 2015). El sistema médico-científico aupado por los medios de comunicación ha inoculado en el imaginario colectivo imágenes de partos rápidos y peligrosos que deben ser médicamente (y violentamente, como veremos en el siguiente apartado) conducidos para que se produzcan sin daño para madre y criatura (Barrios y Ferragut en Dona Llum, 2019).

¿Quién es quién? Definiendo el parto natural, el parto normal y el parto humanizado

El parto humanizado trae aparejados unos conceptos afines que tanto en la producción biomédica como en las entrevistas se entremezclan, resultando especialmente complejo en ocasiones establecer definiciones claras entre parto normal, parto humanizado y parto natural. La definición del parto normal tiene cierto consenso, aunque como veremos la etiqueta solo es válida una vez ya ha transcurrido todo el proceso:

Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. (OMS, 1996; p. 6; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal, 2010, p. 37)

Encontrar una definición en base a la bibliografía de «parto natural» es más complejo (Arnau et al., 2012). El Parto es Nuestro, una de las asociaciones pro parto humanizado más relevantes en el Estado español lo define como:

Un parto natural es ante todo un parto en el que se respetan los tiempos normales de la mujer y el niño que va a nacer. En el que no se realizan intervenciones innecesarias; el que no se aplican protocolos rutinarios por

sistema. De lo que se trata es de llevar a la práctica el avance de la ciencia, los últimos descubrimientos científicos, la medicina basada en la evidencia y ofrecer a la madre la máxima seguridad y el respeto por su cuerpo y el del bebé [...] se refiere más bien a ese “dejar parir a la madre” sin dirigir, sin meter prisas, sin maniobras invasivas, sin fármacos innecesarios, sea cual sea el escenario escogido. [...] Lo natural es parir. (El Parto Es Nuestro, 2010)

Busquets (2019), en un esfuerzo por desligar el concepto de parto natural del de humanizado, hace hincapié en que todos los partos pueden y deben ser humanizados al margen de la intervención que precisen.

Existe la concepción errónea de que un parto respetado o humanizado es solo aquel natural o aquel en el que todo va bien. Pero esto es un gran error. Un parto respetado no es parir sin epidural en casa, por poner un ejemplo. Hay partos vaginales sin anestesia tremendamente violentos para y con la mujer y partos por cesárea o altamente intervenidos profundamente respetuosos y humanizados. (p. 139)

Fornes (2011), en cambio, sí que vincula la humanización con el escaso intervencionismo: «Humanizar el sistema de atención biomédico desde este marco significa evitar la medicalización y tecnificación del parto y nacimiento, devolviéndole el protagonismo a la madre y a su hijo/a en ese momento, tratarlos como personas-sujetos de derechos y no como meros cuerpos-objetos». (p. 138)

Violencia obstétrica

Como hijo legítimo de la denuncia al intervencionismo biomédico nace el concepto de violencia obstétrica, que legislativamente se sanciona en primer lugar en Venezuela (2007) y Argentina (2009). Desde las ciencias sociales y grupos activistas se ha adoptado sin reservas mientras que para algunos profesionales de la salud es un elemento controvertido y con una aceptación cuanto menos parcial (Goberna-Tricas, 2018; SEGO, 2018). Hay múltiples definiciones de la violencia obstétrica, pero desde ámbitos castellanoparlantes el más utilizado es el que acuña legalmente Venezuela:

Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

(Artículo 15 de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Venezuela], 2007)

Engloba las cesáreas sin indicación médica, la maniobra de Kristeller,³ el intervencionismo considerado excesivo (uso de fármacos, rotura artificial de la bolsa, realización de episiotomías rutinaria), así como humillaciones, vejaciones y maltrato de todo tipo (psicológico, sexual, verbal y físico) a las mujeres en los paritorios (Jardim y Modena, 2018). Varias autoras (Bellón, 2015; García, 2018) insisten en que supone una vulneración de los derechos humanos donde se entrecruzan el maltrato institucional con la violencia de género. También consideran la violencia obstétrica como una forma de violencia simbólica (Bourdieu, 2000): una opresión que va más allá de la agresión física y que afianza y jerarquiza el construido como saber experto frente al conocimiento lego. Otras autoras inciden en la pérdida de conocimientos de las parteras con el paso de la asistencia de los partos a manos de los obstetras en occidente (English y Ehrenreich, 1973; Rodríguez, 2000).

En la misma línea, desde los movimientos de parto humanizado denuncian que los saberes de las mujeres sobre sus propios cuerpos quedan desacreditados hasta que un experto biomédico los ratifica o definitivamente los descarta (Blázquez, 2009; Montes, 2007; Sadler, 2004). Esos «saberes encarnados» que se reivindican desde una parte del feminismo (Haraway, 1995) son acallados. En clave sociológica, Castro (2014) incorpora el concepto de «hábitus médico autoritario» que supone «el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la *in-corporación* (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico» (p. 173). El autor hace referencia a las jerarquías, actitudes, valores y prácticas que se producen y reproducen en el microcosmos hospitalario mexicano y también en el proceso formativo de los profesionales de la salud, especialmente en el caso de los médicos. Con una visión diferente, Olza (2014) también insiste en las implicaciones de la violencia para los y las profesionales que la ejercen y/o presencian.

Desde la biomedicina la OMS se ha manifestado en varias ocasiones invitando a acatar la «evidencia científica» en la atención a los procesos reproductivos (OMS, 1985;

³ La maniobra de Kristeller consiste en presionar el fondo del útero durante 5 a 8 segundos, sincrónicamente con la contracción uterina, con una pausa de 0,5 a 3 minutos, con el fin de facilitar el avance final y la expulsión de la cabeza fetal (*Guía de práctica clínica para la atención al parto normal*, 2019, p. 272).

1996). En el informe de 2014 (OMS, 2014), pese a que no nombra explícitamente la violencia obstétrica, sí que reconoce que «muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud» (p. 1). Por su parte, la ONU (2019) recientemente ha emitido un informe al respecto considerando la violencia obstétrica una vez más como una violación de los derechos humanos y una vulneración de los acuerdos de la Convención sobre la eliminación de toda forma de Discriminación sobre la mujer (CEDAW, en sus siglas en inglés).

«En las células está todo el conocimiento»: Los ecofeminismos

El término de ecofeminismo será acuñado en 1974 por la francesa D'Eubonne con su libro *El feminismo o la muerte* y vincula feminismo y ecología. Critica por un lado la opresión masculina hacia las mujeres y por otro el control capitalista de la naturaleza, que oscurece y degrada las relaciones de cuidado consideradas como las bases del mundo social y material (Puleo, 2011; Shiva y Mies, 2014). Gran parte de los postulados del parto humanizado emanan del ecofeminismo, invitando a una «vuelta a la animalidad» (Tornquist, 2001), al reencuentro de la mujer como mamífera y a dejar en suspense la parte racional para que el proceso del parto fluya (Blázquez, 2009; Odent, 2007; Olza, 2017).

La naturaleza se construye como un elemento eminentemente positivo, alejada de visiones que la consideran una fuerza a controlar para hacer la vida humana más confortable: «Ya no es la naturaleza quien oprime al hombre [ser humano] sino él quien se precipita al suicidio al violarla» (Badinter, 2011, p. 49). Dicho ultraje se produce a través de la tecnología, artefactos que median entre los individuos y la naturaleza. Implícitamente introducen la dicotomía artificial/natural que resulta de compleja aplicación práctica (Lázaro, 2017).

Reivindican el valor de procesos como la menstruación, la gestación y el parto. Es un grito no desde la carencia sino desde la exaltación de la capacidad de crear vida, de buscar el placer más allá del coito y de generar nuevas dinámicas de cuidado social y de relación con el medio que no impliquen al capitalismo. (Massó 2015; Rodrigáñez, 2000) Dicha visión se entiende y se amplía dentro de la búsqueda postmoderna de una suerte de naturaleza perdida, romantizada y a una profesionalización de la maternidad con altos niveles de exigencia (Gimeno, 2018) Paralelamente a esta exaltación de las capacidades innatas no se abandona por completo la biomedicina, a la que se recurre «cuando hay

riesgo» (Lázare, 2016) a la vez que se apela al respeto por la «evidencia científica» (Wagner, 2001), especialmente cuando esta se muestra favorable a una menor intervención.

Por todo lo mencionado previamente, el objetivo principal de la presente investigación es explorar las visiones de las matronas entrevistadas en la intersección entre parto humanizado y naturaleza. Además, se trata de indagar en la construcción de los conceptos de natural y de naturaleza aplicados al parto, así como analizar las visiones de las informantes acerca de la dicotomía mente/cuerpo.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

La presente investigación se llevó a cabo con metodología cualitativa y se plantea como una etnografía. Se inscribe dentro de la antropología médica que considera que «la biomedicina y la ciencia son también productos de la vida social y la imaginación cultural» (Martínez Hernández, 2008, p.39) Dentro de esta, como marco teórico más acotado, la investigación toma elementos de la antropología de la reproducción (Blázquez, 2005) que reflexiona acerca de cómo los procesos procreativos se producen y reproducen en la esfera física pero también, y de forma indistinguible, en la simbólica y la social, vinculándose con formas hegemónicas de maternidad(es).

Ámbito de estudio

Las entrevistas se realizaron en la ciudad de Barcelona durante los meses de abril, mayo y junio de 2019, y todas las matronas entrevistadas, salvo una que trabaja en Tarragona en atención primaria pero trabajó durante varios años en Barcelona, trabajan actualmente en Barcelona en hospitales y atención primaria.

Participantes del estudio

Las informantes fueron 7 matronas residentes en Barcelona y otra en Tarragona que trabajan tanto en atención primaria como hospitalaria, pública y privada. La elección de matronas como informantes no fue aleatoria. En nuestro contexto, el parto humanizado nace de las quejas de las usuarias (Defensor del pueblo, 2006), siendo las matronas las que fundamentalmente atienden partos de bajo riesgo en el ámbito público y las que

acompañan partos domiciliarios. De la misma forma, Barcelona es la región donde hay más demanda de parto domiciliario dentro del estado español (Lázare, 2016). Todo esto construye a las matronas como agentes claves en los cambios en las praxis biomédicas, ya sea como facilitadores o como agentes de resistencia, con sus nociones propias acerca de la maternidad, los feminismos y el parto con un claro impacto en la atención que prestan.

El muestreo fue intencionado entre matronas interesadas en el tema y después en bola de nieve en aquellas relacionadas con el ámbito de investigación. Los criterios de inclusión fueron que las matronas estuvieran actualmente en activo, que conocieran los conceptos de violencia obstétrica y parto humanizado y que accedieran a participar en el estudio. Además, se ha buscado la multiplicidad de perfiles: varias informantes son favorables al parto humanizado y elementos afines (charlas, atención a partos domiciliarios, grupos de preparación al parto orientados a un parto sin epidural, principalmente). Otras, en cambio, están fuera de esos círculos y rechazan activamente el concepto de violencia obstétrica y otras simplemente no habían reflexionado demasiado al respecto. Con el mismo objetivo, los años de antigüedad en la profesión y ámbito de trabajo de las informantes son variados como se puede consultar en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de las informantes.

Pseudónimo	Ámbito y lugar de trabajo	Tiempo en la profesión
Estrella	Atención hospitalaria pública. Barcelona	1 año
Laura	Atención hospitalaria pública y privada. Barcelona	4 años
Daniela	Atención hospitalaria. Barcelona	4 años
Alicia	Atención primaria. Tarragona	5 años
Lorena	Atención primaria. Barcelona	7 años
Sofía	Atención primaria. Barcelona	11 años
Judith	Atención primaria y asistencia a partos en casa Barcelona	20 años
Eva	Atención primaria y atención hospitalaria privada Barcelona	40 años

Fuente: elaboración propia.

La muestra en ningún caso pretende ser representativa estadísticamente ya que se trata de un estudio cualitativo que se centra en explorar vivencias, percepciones y sensaciones a partir de los relatos de sus protagonistas. Se realizaron entrevistas hasta que se llegó a la saturación teórica. Los nombres mostrados en la tabla son pseudónimos para garantizar la confidencialidad.

Técnicas de producción de datos

La técnica elegida para la producción de los datos fue la entrevista: se realizaron entrevistas semiestructuradas a 8 matronas. Las entrevistas no se concibieron como una forma de acumular datos cualitativos, sino como una herramienta para iniciar un diálogo, una reflexión, para acercarse a la «otredad».

Los conceptos clave explorados en las entrevistas son el parto humanizado, el concepto de natural y de naturaleza aplicado al parto y vivencias en su práctica diaria al respecto.

En la Tabla 2 se puede encontrar un guion de las entrevistas. La duración de las entrevistas fue de entre 50-90 min y se realizaron donde la informante se sintiera más cómoda, habitualmente en el centro de trabajo, pero también en cafeterías.

Las entrevistas fueron grabadas y las realizó la autora de la investigación. Durante el proceso de realización de estas se utilizó un diario de campo donde se plasmaban reflexiones y elementos de interés para la autora.

Tabla 2. Guion de la entrevista⁴

<p>Bloque 1. Generalidades.</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Qué edad tienes?- ¿Dónde naciste?- ¿Cuánto tiempo llevas siendo matrona?- ¿En qué ámbito trabajas? ¿Por qué?
<p>Bloque 2. Conceptualización del embarazo y del parto. Enfoque de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Consideras que el embarazo y el parto son potencialmente peligrosos?- ¿Crees que la realización de muchas pruebas (ecos seriadas, analíticas...) ayuda a disminuir este riesgo? <p>Bloque 3. El dolor en el parto</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Qué opinas acerca del parto sin epidural?- ¿Crees que el dolor en el parto tiene sentido, función?
<p>Bloque 4. Parto Humanizado</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Crees que la conducción médica del parto tiene consecuencias sobre la madre y el recién nacido?- ¿Consideras que las luchas de colectivos como El Parto es Nuestro son legítimas?- ¿Cómo crees que son los protocolos que se aplican en los centros donde trabajas o has trabajado?- ¿Están actualizados, según tu punto de vista?
<p>Bloque 5. Violencia obstétrica</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Has oído hablar de la violencia obstétrica?- ¿Cómo te sientes al respecto?- ¿Crees que existe?- ¿A qué crees que se refiere el término y por qué ha surgido?
<p>Bloque 7. Mente/cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none">- Si el parto es una cuestión fisiológica, natural ¿por qué las mujeres necesitan «adiestramiento»? (cursos de preparación al parto específicos y demás)- ¿Crees que la racionalidad puede suponer una dificultad para tener un parto natural? ¿Y para la crianza?- ¿Crees que hay un estilo de vida más cercano al parto natural/con escasa medicalización?
<p>Bloque 8. Ecofeminismos</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Te consideras feminista? ¿Por qué?- ¿Crees que los movimientos feministas tienen relación con asociaciones tipo El Parto es Nuestro?- ¿Crees que un determinado tipo de parto y de crianza tiene relación con el empoderamiento de las mujeres?- ¿Crees que la maternidad (o algunos tipos) puede ser una herramienta de lucha feminista?

⁴ Cabe destacar que la entrevista total es más extensa, pero se han reseñado aquí los bloques y puntos que tienen más en común con los objetivos y resultados desarrollados en el presente artículo.

Análisis de las entrevistas

Una vez transcritas las entrevistas, en una primera fase que Taylor y Bogdan (1987) denominan de «descubrimiento», se realizó una identificación provisional de temas y categorías fundamentales. Posteriormente, se creó un mapa conceptual de resultados relacionados con los objetivos y con los conceptos clave que nacieron de la bibliografía, pero también del discurso de las informantes en un inevitable viaje de ida y vuelta entre el campo y el marco teórico. El eje metodológico fue el análisis del discurso. Se utilizó el programa Atlas.ti para el análisis de la información. Finalmente, se triangularon las entrevistas y las notas de campo con una revisión de textos procedentes tanto de las ciencias sociales como de la biomedicina (Alba, Aler y Olza, 2011; Departament de Salut, 2018; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del estudio, hay que destacar que el hecho de trabajar como matrona complejiza la interacción entre el *etic* y el *emic*, el proceso de extrañamiento propio de cualquier investigación antropológica y sesga las entrevistas. No obstante, considero que tiene elementos positivos, ya que brinda a las informantes la posibilidad de hablar con la libertad de no sentirse juzgadas por un extraño y de poder utilizar jerga propia sin tener que «traducir» los conceptos biomédicos. Por otro lado, las entrevistas son voluntarias, por lo que aparecen las voces de aquellas más motivadas e interesadas en el tema. Además, no se entrevistó a ningún profesional varón.

Aspectos éticos

En el presente estudio se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en las entrevistas: todas las participantes firmaron un documento de consentimiento informado por duplicado en el que se explicaba el objetivo del estudio y su posible difusión, y donde se garantizaba el anonimato de las entrevistas. La investigación fue aprobada por el equipo de coordinación del ASSIR Esquerra (atención primaria Barcelona), quienes no consideraron precisa la valoración del comité de ética de la institución.

RESULTADOS

Los resultados se presentan alrededor de dos ejes: la construcción de las informantes del concepto de natural y naturaleza aplicado al parto y su visión acerca de la dicotomía cartesiana mente/cuerpo.

Un continuum de opciones

Desde la perspectiva *emic*, la intervención biomédica excesiva se considera iatrogénica, pero resulta complejo definir en qué punto es pertinente y en cuál pasa a considerarse control patologizante. Los límites son fluidos y variables según la informante. Se construye todo un espectro de variantes dentro de lo «natural». En la cosmovisión de las informantes, en el polo más «natural» estaría el parto sin epidural, con frecuencia fuera del ámbito hospitalario, en casa; en el polo del intervencionismo, una cesárea/parto instrumentado (fórceps o ventosa). En el medio, infinitos matices manteniendo siempre una clara tendencia hacia «lo natural, lo fisiológico» y hacia un parto sin epidural, elemento central desde visiones *emic* para que un parto sea considerado como «natural»:

Yo creo que es bueno que estén informadas para reclamar lo que realmente quieren, para encontrar ese punto, ese límite entre, bueno, entre los protocolos y todas estas cosas, el intervencionismo máximo, ¿no?, y el naturalismo máximo, para encontrar un equilibrio. (Estrella, 1 año en la profesión, atención hospitalaria pública)

Otra de las informantes ubica el «intervencionismo excesivo» en otros momentos históricos y en otros lugares lejos de donde ella trabaja. Mantiene, no obstante, la tendencia hacia «la fisiología»:

Sí, yo creo que la normalidad [antes] estaba más medicalizada, ¿no? En el sentido de que se intervenía más y en algunos sitios aún se mantiene esto, pero que se intenta que el parto sea lo más fisiológico [posible]. (Laura, 5 años en la profesión, atención hospitalaria pública y privada)

Dentro de este espectro de opciones, hay unas determinadas intervenciones que no se acercan tanto al polo de la intervención como otras. En este fragmento, Daniela habla de

que preferiría que se le realizara la maniobra de Hamilton⁵ antes que la inducción con pastillas, en una suerte de regateo, de escoger el mal menor dentro de la injerencia biomédica que desdibuja los márgenes del binomio artificial/natural:

Igual que tampoco entiendo lo de los tactos, que no quieran un Hamilton y prefieran que les des una pastilla, hay veces que las cosas no pueden ser naturales, y entonces, dentro de lo menos natural, pues hazme lo que sea más natural, aunque sea un poco intervencionista. (Daniela, 4 años en la profesión, atención hospitalaria pública)

Dicotomía mente/cuerpo

Entre las informantes, lo natural en el ámbito del parto está asociado a un cuerpo de mujer construido como animal, como mamífero. La clásica dicotomía cartesiana aparece invertida: la razón es construida como un estorbo mientras que en el cuerpo se ubica la sabiduría que nos llevará a un parto fluido y gozoso. Una de las informantes ubica la naturaleza en una suerte de esencia inmanente, de material etéreo pero biológico y por tanto universal: los genes. La mente, en cambio, vehicula toda una serie de elementos negativos como la «cultura», que está impregnada por los valores biomédicos y por ende de miedo al parto:

A ver, yo creo que la capacidad [de gestar y parir] para mí es genética, yo les digo una frase así muy gilipollas, que se ríen, pero a ver, si tu cuerpo sabe hace un ser humano de dos células, no va a saber sacarlo, si sacarlo es echarlo fuera, eso es facilísimo, ha creado unos pulmones un hígado, es mucho más complicado. El cuerpo, aunque tú no hicieras nada, igual que cualquier animal, los animales no van a hacer un curso y a prepararse, yo creo que hay algo biológico y genético que está en nuestros genes y como mujeres sabemos perfectamente lo que tenemos que hacer, lo que pasa es que la cultura y el miedo nos puede bloquear, pero genéticamente estamos preparadas, hechas para parir. (Judith, 20 años en la profesión, atención primaria y atención a partos domiciliarios).

⁵ «La maniobra de Hamilton supone [...] la separación de las membranas a través de una exploración vaginal en la que el dedo del examinador se mueve en dirección circular para separar el polo inferior de las membranas del segmento uterino inferior (Tenore, 2003. p. 2125). [traducción propia]

En la siguiente informante subyace la idea de que existe una forma «natural» de parir, totalmente desprovista de elementos culturales que, de nuevo, aparecen contruidos desde lo negativo, como un impedimento para que el parto fluya:

Y esto yo creo que está bien [en los denominados «grupos de preparación al nacimiento»] trabajar algo a nivel... a nivel de desactivar el coco este que tenemos que nos pone tantas trabas, porque al fin y al cabo, lo mejor que podría pasar es casi que, cuando empieza el primer pródromo [fase inicial del parto, cuando se inician las primeras contracciones], tuviéramos un botoncito y todo el tema frontal se nos apagara, si tuviéramos esta posibilidad de quitar la electricidad de la parte frontal, yo creo que las cesáreas caerían a un 1%, estoy convencida. (Lorena, 7 años en la profesión, atención primaria.)

Otra de las informantes discrepa al considerar que la racionalidad es un elemento positivo también en el parto:

Se suele decir que la racionalidad es una dificultad para tener un parto natural, pero yo no creo que sea tanto la racionalidad porque al fin y al cabo es la capacidad de pensar y de decidir [...], sino cierta rigidez de que las cosas deben producirse de un modo en concreto cuando hay muchos factores que desconocemos y no sabemos cómo van a producirse en nuestro caso. (Alicia, 5 años en la profesión, atención primaria)

Algunos discursos, a veces incluso de la misma informante, enfatizan el poder (y la responsabilidad) de la gestante como individuo para tener un parto natural mientras que en otros se vislumbran reminiscencias del modelo sanitario paternalista que decide por las parturientas:

Esta misma mujer que puede tener unas expectativas de cara a un parto lo más natural posible puede que no pueda más, puede ser que su respuesta... [Que] no lo lleve con toda la fuerza que ella imaginaba, y... ¿pasa algo? Siempre es más, el parto más fisiológico [el parto natural], lo que pasa que también son horas de trabajo de parto, con dolor y, depende de la mujer, lo tolerará y lo vivirá de una manera u otra. (Eva, 40 años en la profesión, atención primaria y atención hospitalaria privada.)

Muchas veces pues tienes que tener más paciencia, ¿no? en la evolución del parto natural que *si le pones* una anestesia... (Laura. 5 años en la profesión, atención hospitalaria pública y privada, la cursiva es mía)

Algunas informantes más impregnadas del enfoque de riesgo característico de la biomedicina hacen hincapié en que el parto es un proceso fisiológico, pero no exento de que se desarrollen eventos adversos:

A ver, el embarazo es un proceso natural, fisiológico, nuestro código genético está hecho para poder parir, para quedarnos embarazadas, pienso que la naturaleza es súper sabia, pero esto no quiere decir que no se haya de controlar y precisamente hemos dicho que la sociedad evoluciona, cada vez tenemos más recursos, cada vez tenemos más instrumentos para controlar una gestación, un embarazo, un parto, vamos a hacer uso de ello, no abuso ¿eh?, hay que hacer uso, y por lo tanto tenemos como más garantías de que si la madre naturaleza un día falla, que estemos alerta... (Eva, 40 años en la profesión, atención primaria y atención hospitalaria privada)

DISCUSIÓN

El parto humanizado se construye como una crítica al control biomédico y androcéntrico de los cuerpos de las mujeres, como una suerte de contraprogramación, haciendo suyo aquello de «donde hay opresión hay resistencia». Hay una abundante producción académica que ensalza las capacidades de los cuerpos femeninos para gestar, parir y lactar (García, 2018; Kitzinger, 2015; Odent, 2007; Olza, 2017) con un encaje complejo en el enfoque de riesgo que empapa toda la praxis biomédica y que achica o amplía a su arbitrio los límites de la normalidad (SEGO, 2018). Los resultados de las entrevistas coinciden en gran medida con la exaltación de ese conocimiento atávico femenino matizado por aquellas informantes más impregnadas de la ideología biomédica que de alguna forma todas vehiculan. Los ejes de opresión interseccionales, que sí se ven en la bibliografía latinoamericana (Arguedas, 2014; Medina, 2017) y en Agüero (2019) en el Estado español, no aparecen entre las informantes.

El poder ejercido por la biomedicina parece ser igual para todas mientras que el poder de parir y de criar también lo es en un giro inadvertido hacia el determinismo biológico. Algunas informantes participan activamente en círculos pro-parto humanizado y se hacen eco de las mejoras conseguidas en los protocolos hospitalarios, la militancia feminista asociada y la importancia de los cuidados no pagados dentro de la vida social y en el mantenimiento del capitalismo (Meillassoux, 1984). De la misma forma, haciendo suyo el feminismo de la diferencia, reivindican que la crianza y los cuidados formen parte de

la agenda feminista y que no se construyan como una carga por analogía a visiones patriarcales (Del Olmo, 2013; Massó, 2015; Ricoy, 2019; Rodríguez, 2000).

En estas representaciones que relacionan los procesos reproductivos, la maternidad y la naturaleza pueden sorprender, especialmente si recordamos las clásicas dicotomías naturaleza/cultura y público/privado en las que Ortner (1972) y Rosaldo (1980) respectivamente defendían que el núcleo de la opresión femenina se encontraba en ese vínculo patriarcal entre la naturaleza y las mujeres. Por ende, la asociación mujeres, naturaleza y cuerpo se ve con recelo desde autoras afines al feminismo de la igualdad que temen un velado resurgir de valores y opresiones patriarcales (Badinter, 2011; Esteban, 1999; Gimeno, 2018).

CONCLUSIONES

Las informantes coinciden en la capacidad biológica de las mujeres para llevar a cabo exitosamente la gestación, el parto y el posparto, tal y como promulga el parto humanizado. No obstante, unas profesionales miran la naturaleza con recelo y a la biomedicina con fe, mientras que para otras el sistema médico-científico es una institución ominosa más que un bálsamo. Varias informantes consideran que existe una forma «natural» por contraposición a otra «cultural»/tecnológica de dar a luz. Estos discursos *emic* ignoran que el paradigma de parto humanizado no es un reflejo de una supuesta naturaleza, sino una construcción cultural escamoteada. El parto natural corresponde a un determinado momento sociohistórico y a un modelo de mujer(es) y maternidad, lo cual no invalida en absoluto la legitimidad de sus luchas, pero sí debe replantearse los esencialismos que ya fueron desacreditados por el feminismo de la igualdad.

Sería asimismo interesante para posteriores estudios establecer un diálogo con los agentes implicados (matronas y usuarias) para valorar cuándo la injerencia biomédica es pertinente y cuándo resulta excesiva, cómo manejar los fracasos de la naturaleza y desde qué aproximación epistemológica considerarlos como tal. Finalmente, considero relevante que profesionales y usuarias ejerzan su agencia con responsabilidad asumiendo que la «evidencia científica» por muy reificada que esté implica forzosamente un acto de fe si tenemos en cuenta su variabilidad transcultural y transhistórica.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto no habría sido posible sin las compañeras que amablemente se prestaron a contestar a mis preguntas y sin Meri Torras, tutora del TFM.

BIBLIOGRAFÍA

- AGÜERO, Silvia. La violencia etnoobstétrica antigitana. En: Aparicio, Catalina, et al. *Disidencia en el cuerpo. Perspectivas feministas*. Barcelona: Ménades, 2019, pp. 86-94.
- ALBA, Concepción; ALER, Isabel; OLZA, Ibone. *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011.
- ARGUEDAS, Gabriela. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. En: *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. 2014, vol. 11, núm. 1, pp. 145-169.
- ARNAU SÁNCHEZ, José et col. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. En: *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*. 2012, vol. 7, núm.2, pp. 226-247.
- ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Asamblea General de las Naciones Unidas, 2019. [Consulta: 23 de enero de 2020] Disponible en: saludmentalperinatal.es/wp-content/
- BADINTER, Elisabeth. *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*. Madrid: La esfera de los Libros, 2011.
- BARIOS, Isabel; FERRAGUT, David. Los mecanismos del género cinematográfico para tapar el parto medicalizado. Una aproximación desde la comedia, el terror y el documental. En: Dona Llum (ed.). *Mirades sobre la violència obstètrica/Miradas sobre la violencia obstétrica*. Barcelona: Editorial Pol·len, 2019, pp. 93-120.
- BELLÓN, Silvia. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la Biopolítica. En *Dilemata*. 2015, vol. 7, núm. 8, pp. 93-111. Disponible en: www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/issue/view/19
- BLÁZQUEZ, María Isabel. *Ideologías y prácticas de género en la Atención Sanitaria del Embarazo, Parto y Puerperio*. [Tesis doctoral]. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili, 2009.
- BLÁZQUEZ, María Isabel. Aproximación a la Antropología de la Reproducción. En: *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*. 2005, núm. 42, pp. 1-25.

- BOURDIEU, Pierre. Sobre el poder simbólico. En: *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: UBA/Eudeba, 2000, pp. 65-73.
- BUSQUETS, Marta. *Mi embarazo y mi parto son míos. Guía de derechos para las embarazadas*. Barcelona: Pol·len Ediciones, 2019.
- CASTRO, Roberto. Génesis y práctica del hábitus médico autoritario en México. En: *Revista Mexicana de Sociología*. 2014, vol. 76, núm. 2, pp. 167-197.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. En: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001, vol. 75, pp. 5-23.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ESPAÑA. *Informe anual*. Defensor del Pueblo España, 2006. [Consulta: 29 de enero de 2020]. Disponible en: www.defensordelpueblo.es/wpcontent/
- DEL OLMO, Carolina. *¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Madrid: Clave Intelectual, 2013.
- DEPARTAMENT DE SALUT. *Protocol de seguiment de l' embaràs a Catalunya*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2018.
- DICK-READ, Grant. *Childbirth Without Fear: the principles and practice of natural childbirth*. New York: Harper and Row, 1944.
- EHRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre. *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers*. New York: The Feminist Press, 1973.
- ESTEBAN GALARZA, Mari Luz. A favor de las malas madres. En: *Hika*. 1999, vol. 98, pp. 28-30.
- FORNES, Valeria. Parirás con poder... (Pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En: Felitti, Karina (ed.). *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Ciccus, 2011, pp. 166-175.
- FREYERMOUTH, Graciela; MENESES, Sergio. *La atención del parto con pertinencia cultural*. México: Cátedras Conacyt-CIESAS, 2017.
- GARCÍA, Eva Margarita. *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2018.
- GIMENO, Beatriz. *La lactancia materna. Política e identidad*. Madrid: Cátedra, 2018.
- GOBIERNO DE ARGENTINA. Ley 26.485: Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina: 1 de abril de 2009, pp. 53.

- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL. *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010.
- HARAWAY, Donna. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra, 1995.
- JARDIM, Danubia Mariane; MÓDENA, Celina Maria. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. En: *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018, vol. 26, pp.1-12.
- KITZINGER, Sheila. *La crisis del parto*. España: OB Stare, 2015.
- LAMAZE, Fernand. *El Parto sin Dolor*. Buenos Aires: Ciencia y Vida, 1954.
- LÁZARE BOIX, Sarah. Los procesos procreativos desde la Antropología: el caso de las madres de Barcelona por un parto respetado. En: *Quaderns-e. Institut Català d'Antropologia*. 2015, vol. 2, núm. 21, pp. 21-37.
- LÁZARE BOIX, Sarah. Análisis antropológico del cuerpo en los relatos de parto normal de mujeres y profesionales en Barcelona. En: *Musas*. 2015, vol. 1, núm. 1, pp. 3-15.
- LÁZZARO, Ana Inés. Cuerpos «al natural»: la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado. En: *Revista Pilquen Sección Ciencias Sociales*. 2017, vol. 20, núm. 3, pp. 83-94.
- LEBOYER, Frederick. *Por un nacimiento sin violencia*. Tarragona: Mandala, 2008 [1974].
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos editorial, 2008.
- MASSÓ, Esther. Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: Teta decolonial. En: *Dilemata*, 2015, vol. 7, núm. 18, pp. 185-223.
- MEILLASSOUX, Claude. *Mujeres, graneros y capitales: economía doméstica y capitalismo*. México: Siglo XXI, 1999 [1984].
- MENÉNDEZ, Eduardo. *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Cuadernos de la Casa Chata, 1990.
- MOLINA, Ainhoa. Esterilizaciones (forzadas) en Perú. Poder y configuraciones narrativas. En: *AIBR*. 2017, vol. 12, núm. 1, pp. 32-52.
- ODENT, Michel. *El bebé es un mamífero*. Tenerife: OB Stare, 2007 [1990].
- OLZA, Ibone. 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*. 2014, vol. 111, pp. 79-83.
- OLZA, Ibone. *Parir*. Barcelona: Sipan Barcelona, 2017
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Appropriate technology for birth. En: *Lancet*. 1985, vol. 326, núm. 8452, pp. 436-437.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Cuidados en el Parto Normal*. Ginebra: Departamento de investigación y salud reproductiva, 1996.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. OMS, 2014. [Consulta: 15 de enero de 2020]. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/topics/
- PARIENTE, Claudia ¿Qué es un parto natural? En: *Web El Parto es Nuestro*. Madrid: El Parto es Nuestro, 29 de mayo de 2010. [Consulta: 28 enero de 2019]. Disponible en: www.elpartoesnuestro.es
- PULEO, Alicia. *Ecofeminismo: para otro mundo posible*. Valencia: Ediciones Cátedra, 2011.
- REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Caracas*, 23 de abril de 2007, vol. 38.668, p. 41.
- RICOY, J. Las feministas que se acordaron tarde y mal de nuestros partos. [Mensaje de blog]. 29 de mayo de 2019. Recuperado de: jesusaricoy.blogspot.com/2019/05/
- RODRIGÁÑEZ, Casilda. *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Murcia: Ediciones Crimentales, 2000.
- SADLER, Michele. Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En: Sadler, Acuña; Obach. *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Catalonia, 2004, pp. 15-66.
- SHIVA, Vandana; MÍES, María. *Ecofeminismo*. Barcelona: Icaria Editorial, 2014.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA (SEGO). Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable. En: *Web SEGO*. 2018. [Consulta: 2 de febrero de 2020]. Disponible en: us18.campaign-archive.com/?
- TENORE, Josie. Methods for Cervical Ripening and Induction of Labor. En: *American Family Physician*. 2003, vol. 67, núm. 10, pp. 2123-2128.
- TORNSQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: Natureza e maternidad no ideário da humanização do parto. En: *Estudios feministas*. 2001, vol. 10, núm. 2, pp. 483-492.
- UMENAI, Tai. Forewords of the International Conference on the Humanization of Childbirth held on 2–4 November 2000, in Fortaleza, Ceará, Brazil. En: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001, vol. 75, núm. 1, pp. 1-88.
- WAGNER Marsden. Fish can't see water: the need to humanize birth. En: *Int J Gynecol Obstet*. 2001, vol. 75, núm. 1, pp. 25-37.