

GRADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL

TRABAJO FINAL DE GRADO

CURSO 2021/2022

## ***NATIVITAS.***

**PARTOS PANDÉMICOS Y SU POTENCIAL  
RECONCEPTUALIZADOR.**

**ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS Y LAS  
EXPERIENCIAS SOBRE LAS CULTURAS DEL  
PARTO ESPAÑOLAS Y SU CONJUGACIÓN  
CON LA CRISIS DEL COVID-19**

**ESTUDIANTE:**

Raquel Morcillo Domené

**TUTOR:**

Javier Rodríguez Mir

***“El parto es la única cita a ciegas en la que puedes estar segura de que conocerás al amor de tu vida”***

(Hospital de Torrejón, 2020)

***“Si tú construyes una historia de dolor y miedo que ya has superado, te pones a ti misma como súper-heroica, pero le estás construyendo a la otra un miedo absoluto porque estás diciendo: ‘Es terrible, pero ya lo he superado’. Pero, claro, si yo no lo he superado todavía, lo único que me queda es ¡que es terrible!”***

(Isabella, en Cardús, 2015: 133)

***“Pensaba parir allí, pero ahora no estoy segura a dónde ir. Cada día que llegas al paritorio hay un protocolo nuevo”***

(Ángels, RTVE, 18/11/2020. *Parir en el siglo XXI*)

***“Las prácticas para el parto dicen más acerca de los valores y creencias de una cultura que cualquiera de sus otras costumbres (...) La intervención en crisis, la fijación en la tecnología, la mentalidad de urgencia de nuestra cultura se expresa día a día en las salas de parto de hospitales y en la psique de cada mujer individual”***

(Northrup, 2006. Citada por Cardús, 2015)

## **Agradecimientos**

Este trabajo no habría sido posible de no ser por los apoyos y experiencias que mis relaciones sociales me han proporcionado a lo largo de mis años de estudiante. Por ello, me gustaría dedicar en esta página unas palabras de gratitud y reconocimiento a toda la gente importante que me ha ayudado a culminar esta etapa.

A mis padres, por apoyarme siempre de sobremanera en múltiples aspectos sin cuestionarme cuales fuesen mis inquietudes, deseos y proyectos; por inculcarme la curiosidad, la pasión por investigar lo desconocido y por su mentalidad abierta. Gracias por reiterarme eventualmente el orgullo que os pueda proporcionar. A mi hermano, por aguantarme a pesar de las incontables veces que le interrumpía en las comidas para poner sobre la mesa mis debates y reflexiones antropológicas, aun sabiendo lo latoso y denso que llegaban a ser para él. A mi abuela, tíos y primos, por haberme deseado siempre lo mejor, por alegrarse por mí y por su predisposición a ayudarme, por querer acompañarme y apoyarme a pesar de no poder llegar a entender ni comprender cuál es mi carrera, ni sus metodologías, competencias, ni aplicaciones.

A mis amigas y compañeras que me han acompañado en estos años, a B.J.M; J.P.A, I.R.F; N.D y A.M. Por estar ahí entre risas y llantos, ahogadas entre entregas y presentaciones.

A mi tutor Javier Rodríguez, por su conocimiento, paciencia y gran predisposición a cualquier ayuda que precisase.

A cualquier persona interesada en la temática que opte por la lectura de este trabajo, espero que te parezca interesante lo aquí reflejado.

Simplemente, todo mi aprecio hacia vosotros.

<b>• INTRODUCCIÓN</b>	[Pág. 1]
- Resumen y <i>keywords</i>	[Pág. 1]
- Justificación	[Pág. 2]
- Hipótesis y finalidades	[Pág. 3]
- Metodología seleccionada y autores/as	[Pág. 6]
<b>• DESARROLLO</b>	[Pág. 12]
<b>1. Era previa al COVID: Parto hospitalario y domiciliario:</b> Definiciones, concepciones, contexto general, tipologías, agentes sociales implicados, estadísticas, normativas y derechos.	[Pág. 12]
<b>2. Éramos pocos y llegó la pandemia. Era COVID 2020: Partos hospitalarios y domiciliarios en el confinamiento:</b> ¿Varianza de discursos?, ¿nuevas tendencias y grupos de confianza? Ajustes de las normativas y articulación legal.	[Pág. 46]
<b>2.1. La llegada de las vacunas. ¿Nuevas oportunidades?</b>	[Pág. 57]
<b>3. Conclusiones</b>	[Pág. 59]
<b>(A) Bibliografía</b>	[Pág. 61]
<b>(B) Anexos utilizados</b>	[Pág. 70]
- Guion de entrevistas, caracterización y resumen	[Pág. 70]
- Anotaciones realizadas durante las entrevistas	[Pág. 76]
- Imágenes, ilustraciones, gráficas y tablas	[Pág. 82]

## Introducción

### Resumen

---

La concepción del cuerpo embarazado y del proceso del parto es un acto que ha sufrido diversas variaciones a lo largo de los años a medida que surgían las diferentes revoluciones culturales que reivindicaban y justificaban modificaciones asistenciales específicas acordes con dichos cambios de paradigma.

Surge por ende un constante debate entre las múltiples cosmovisiones del parto, siendo la actual la que más impacto está provocando, ya que se halla sumida en completas reivindicaciones por diversos grupos de agentes sociales. Es pues la lucha que emerge entre el paradigma asistencial intervencionista del modelo médico hegemónico (MMH) frente al paradigma asistencial más humanista.

Tanto en cuanto que el parto domiciliario está envuelto por una construcción histórica y a su vez de cuestiones de clase que remiten al pasado y a lo rural, este se ha concebido de una manera dañina para el conjunto general de la sociedad española, dotándole de adjetivos tales como “retraso”, “sin sentido” y “acto egoísta”, entre otras.

Este trabajo busca entender cómo la pandemia del SARS-CoV-19 ha impulsado una revolución cultural previamente existente sobre el parto y la ha avivado, logrando con ello tener una oportunidad para la divulgación e investigación por parte de las usuarias del sistema sanitario *en pos* de encontrar alternativas al parto hospitalario el cual, por el miedo y la incertidumbre -así como también por la saturación sufrida por la crisis pandémica- no conseguía transmitir la completa seguridad y asegurar el cumplimiento de derechos de la madre, el bebé y del padre que cualquier asistencia al nacimiento debería cumplir, logrando, con ello, una oportunidad de reconceptualización del parto extrahospitalario.

### Keywords

---

*Parto pandémico, parto domiciliario, parto hospitalario, parto respetado, COVID-19, modelo médico hegemónico, autoatención, casas de parto/de nacimiento.*

## Justificación

---

La razón de mi elección de esta temática de investigación surge de mi interés personal por comprender cómo el embarazo, parto y puerperio son procesos universalmente fisiológicos, pero concretamente diferentes en la alta carga de ritos, significantes y matices culturales que conllevan, los cuales van evolucionando a la par que las sociedades y culturas en las que se producen. Así, nacer es a nivel biológico un acto global, pero el proceso y el cariz alrededor de este está repleto de subjetividades, concepciones y, por ende, variaciones.

Se comprende así que existan diferentes concepciones de un parto “normal” -o de “cómo debe ser un ‘buen parto’”- ya no sólo entre diferentes culturas sino incluso dentro de una misma. En España la idea hegemónica del parto desde inicios del siglo pasado es la del parto hospitalario frente a la idea del parto extrahospitalario; por la contra, en otras culturas no occidentales la idea del parto hospitalario no es la primera opción, bien por imposibilidad de acceso, bien por propias convicciones.

Siendo consciente desde muy pequeña de la existencia de las diferentes tipologías de alumbramientos posible gracias a la educación por parte de mi madre al hablarme desde mi infancia con total naturalidad sobre la sexualidad y la reproducción humana, me impactó el darme cuenta que un amplio número de familias, y, con especial hincapié, de mujeres, no conocen estas opciones y no se conciben como agentes activos en este proceso biológico; y, aún de conocerlas, desprestigian y deslegitiman a aquellas personas que han optado por un parto domiciliario con términos tales como actos del pasado, atrasado, inconscientes, egoístas y sin sentido.

Habiendo múltiples matices y nombres para calificar a la experiencia del alumbramiento -las cuales ahondaremos más adelante -, mi foco de interés será analizar cómo la crisis del COVID-19 ha ayudado en mayor o menor medida a divulgar estas alternativas de parir y la manera en la que se formula como una oportunidad para reconceptualizar el parto domiciliario en calidad de una elección legítima y a despojarla, ya sea de manera más o menos efectiva, de las creencias peyorativas que le acontecen.

## Hipótesis y finalidades.

---

Dado que el parto es un proceso biológico inmerso en un mar de significantes, ritos y concepciones culturales, la construcción de este -así como del embarazo, del puerperio y del propio cuerpo gestante en sí- sufre variaciones, desarrollos y matices de manera histórica. Por aditamento a esta evolución, los modelos asistenciales, tanto institucionales como organizativos, se van ajustando a la par, si bien no al mismo ritmo y sin las mismas estrategias por necesidad, sufre de igual manera estas modificaciones evolutivas.

Por ende, lo que podría parecer correcto y adecuado en siglos pasados, con las lecturas del presente se da cuenta de los defectos y deficiencias que tenía determinado paradigma; fallas que se intentan solventar con la nueva reconceptualización del nuevo modelo paradigmático.

Mi hipótesis principal es, pues, que, así como la cultura asistencial y la concepción del parto han sufrido evoluciones a lo largo de los siglos, la pandemia del COVID-19 habría sido y tendría capacidad de seguir siendo un detonante para la reconceptualización de los partos alternativos al parto hospitalario -así como también el sistema asistencial de este- con especial protagonismo el parto domiciliario. Los miedos e incertidumbres que la pandemia provocó sobre cómo actuar, qué hacer y qué pasará fueron catalizadores para que muchas familias, profesionales médicos y gran parte de la sociedad en general buscasen información y experiencias, ya no sólo procedentes del sistema médico, sino también de una forma más autodidacta a través de foros, blogs, redes sociales, artículos y asociaciones. Como resultado de esta búsqueda, tendríamos un aliciente para la reconceptualización de validez, legitimidad y sin prenociones capciosas respecto al parto extrahospitalario.

El modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988) propicia, impulsa y valida el parto hospitalario instrumentalizado y medicalizado como la opción lógica y correcta, sobre todo en los inicios del siglo pasado. En contraposición, desde los años sesenta nuevas corrientes de activistas reivindican el parto respetado como la alternativa a este. Como ya desarrollaré más adelante en el trabajo, hay una infinidad de tipos de partos que se entremezclan e interseccionan entre ellos, la mayoría no excluyentes entre sí, pero explícito que mi intención no es crear un debate contrapuesto entre el parto hospitalario versus el domiciliario, sino en la creación a través del diálogo interdisciplinar y entre

múltiples sujetos y entramados de agentes con el fin de lograr que los partos, sean hospitalarios, sean domiciliarios, sean instrumentalizados, o no, sean siempre informados, fruto de una decisión sopesada y concienciada por parte de la familia y, claramente, de la madre en última instancia, y estas sean respetadas para obtener la mejor experiencia óptima tanto por parte de la madre, como de su bebé, como de su pareja / acompañante y de los profesionales asistenciales involucrados.

Considero que, tal y como defendían los autores Corrigan y Sayer en su obra de 1985 titulada como *El gran arco: La formación del Estado inglés como revolución cultural* respecto a cómo los Estados son formados por revoluciones culturales a lo largo de la historia y estas son presentadas como “ondas de larga duración” que producen transformaciones en el modo de regulación de las rutinas y los rituales de sus sujetos - recordando en gran medida al *habitus* bourdiano<sup>1</sup>-, también una revolución cultural con la problemática de la sexualidad, la reproducción, los embarazos y los partos acontecerán finalmente un cambio en el Estado y sus regulaciones de las prácticas y es que es en estas prácticas y rutinas donde podemos darnos cuenta de las formas culturales determinadas, las cuales son divulgadas y transmitidas por los rituales siempre de manera sutil, imperceptible, tanto en cuanto que son “(...) *parte ineludible de la vida*” (Corrigan y Sayer, 1985: 47).

Por ende, muchas familias y profesionales de la atención sanitaria, de la reproducción sexual, los embarazos, partos y puerperios no llegan a dar cuenta de la hegemonía existente y la normativa al respecto tanto en cuanto que vienen de un argumentario biomédico que justifica y legitima como única dicha normativa, defendiendo así las relaciones hegemónicas y de poder internas que se producen y reproducen en el actuar protocolario.

No es, pues, hasta que surge una nueva e incipiente revolución cultural que no se comienza a cuestionar estas rutinas y rituales impuestas previamente; una nueva revolución cultural como la que el coronavirus ha propiciado con su promoción a la “cultura de los cuidados” que, si bien *a priori* pareciese tener una única capacidad de inculcar y transmitir rutinas para evitar los contagios e infecciones, también es germen de

---

<sup>1</sup> Entendido por ende como el sistema de disposiciones que provocan determinadas percepciones las cuales dan cabida al desarrollo de prácticas regulares entre los agentes que poseen ese mismo *habitus* (Bourdieu, 1991, citado por Biedma-Velázquez, García Rodríguez y Serrano del Rosal, 2021).



la búsqueda de nuevos tipos de cuidados y autoatenciones, pudiendo ser posible percibir un cambio de tendencias a futuro respecto a la atención de los partos, la concepción del cuerpo embarazado y del puerperio, entre un mar de posibilidades más.

Mi intención es conseguir, o al menos aproximarme, a la obtención de diferentes finalidades. La primera de ellas es evidenciar, entre un sinfín de otras derivaciones, que a pesar del tiempo lacerante y desgarrador que se vivió en sobremanera al inicio de la pandemia, se puede lograr y rescatar un factor positivo dentro del temor y angustia que la población global sufrió, y que este puede hacer un cambio *en pos* de la mejora asistencial y alternativa al alumbramiento, a sus culturas y las divulgaciones de estas.

Adicionalmente, mi intención con este ensayo, asimismo que con su posible futura línea de trabajo y al igual que han hecho otras y otros compañeros de las ciencias sociales, es el formar parte activa de esta divulgación de posibilidades, de saberes y de experiencias que de no ser por la pandemia no se podrían aún plantear como plausiblemente legítimas y seguirían siendo abogadas y encerradas en el ostracismo y señalamiento público.

En último término, otro de los propósitos que busco lograr es el divulgar y develar la voz pues no sólo a las familias que tuvieron sus embarazos y partos durante la pandemia, sino también dársela a los trabajadores de la atención del sistema médico ya que, recalco manifiestamente, la crítica hacia el proceder del modelo médico hegemónico no es la crítica, señalamiento y demonización de sus agentes ni mucho menos, sino que lo es de las construcciones teóricas y prácticas potencialmente desiguales y menospreciativas que este formaliza y lleva a proceder.

Claramente, del mismo modo que concebimos a las familias y los pacientes como sujetos activos con capacidad de agencia, sería un sinsentido y contradictorio conceptualizar y pensar en los profesionales del sistema médico como sujetos pasivos controlados, aleccionados y con el *habitus* determinantemente marcado por el modelo médico hegemónico sin facultad de cambio y autocrítica.

## Metodología seleccionada y autores/as

---

Para explicar la metodología empleada en esta disertación previamente considero que procede explicar cómo concebía en un inicio el ensayo y todas las modificaciones sufridas y estrategias que implementé para solventarlas.

En primera instancia, desde el inicio de mi grado -allá por los años 2017/2018- planteaba mi trabajo de fin de grado como un trabajo de campo respecto a los partos respetados entre los hospitales madrileños -tanto públicos como privados- así como de igual manera con las familias y *doulas* que optaban por selecciones extrahospitalarias.

Sin embargo, ocurrió en el 2020 el *quid* de la cuestión de este ensayo, la llegada y transmisión global del virus SARS-CoV-2 y el confinamiento que nos obligaba a estar en cuarentena por tiempo indefinido hasta nuevo aviso de las autoridades.

Claro, ante estas circunstancias un trabajo de campo era algo, cuanto menos, arriesgado, y si ya debía ser relativamente complicado el acceso al campo -tanto del ámbito sanitario como el domiciliario- para estudiar y compartir unos actos tan cuidados, íntimos y vitales en nuestras vidas, más aún lo es cuando la emoción principal que dominaba las relaciones interpersonales durante gran parte del 2020 era el miedo, la incertidumbre y la imposibilidad de juntarnos con nuestros seres queridos y establecer nuevas relaciones sociales. Los gobiernos legislaron para frenar la exponencial velocidad de transmisión del coronavirus -y con este de la temible y desastrosa saturación de los servicios médicos- por medio de imposibilitar el desarrollo de las relaciones sociales; empero, evidentemente por más que se intente frenar lo social, la biología no se detiene, los nacimientos seguirían ocurriendo.

Ante esta nueva situación, siendo además yo persona de riesgo, reflexioné sobre la opción de utilizar las entrevistas semi-estructuradas a través de las plataformas de videoconferencia, en especial Google Meets, para evitar el estar presencialmente, con los *pros* y *contras* que esta modalidad metodológica implica, como puedan ser las posibles fallas de conexión, el desconocimiento del uso de estas plataformas o la sensación de distanciamiento como desventajas; o los beneficios que puedan ser la amplia gama de nuevas tecnologías de la comunicación como las redes sociales, whatsapp, Facebook, blogs, etc. de tanta utilidad al fin y al cabo para la Antropología.

Así, el curso pasado (2020/2021), en la asignatura de Antropología Aplicada - impartida por el reconocido catedrático y antropólogo social Carlos Giménez- comencé a realizar el anteproyecto del actual trabajo que tú, estimada lectora / estimado lector estás leyendo. La tesis en torno a la cual giraba la disertación consistía en averiguar si eran compatibles la variante de tener una experiencia de parto respetado con la variante del contexto pandémico, reflejado en su título *¿Son posibles los partos respetados en pandemia?* Para ello, realicé una recopilación y revisión bibliográfica de la información que se tenía en el momento al respecto -bibliografía que alguna ha seguido siendo seleccionada para este trabajo-, a la par que conseguí la oportunidad de tener una entrevista por videoconferencia con una madre austriaca que dio a luz en abril de 2020 en un hospital público vienes para poder introducir al trabajo la *perspectiva emic*. La razón de porqué una madre vienesa y no una madre española responde a que la cuarentena se desató cuando yo estaba viviendo en Viena realizando un voluntariado internacional entre 2019/2020. Es ahí donde pude conocer a muchas familias y contactos que a día de hoy mantengo y a los cuales recurrí para solicitarles su colaboración con mis estudios, por lo que estoy eternamente agradecida, como a cualquier agente social que desea colaborar con nuestros estudios como investigadores sociales.

Pero retomando la historia del planteamiento de este trabajo, con el paso del tiempo y ya finalmente en el último curso de grado, decidí reformular mi hipótesis inicial respecto a la problemática y me planteé la capacidad que la pandemia ha tenido para reconceptualizar los partos más allá del hospitalario. De tal manera, pensé en volver a realizar entrevistas semiestructuradas a familias que hubiesen tenido partos bien hospitalarios, bien domiciliarios durante la pandemia, -es decir, desde marzo de 2020 con la proclamación del estado de alarma hasta la actualidad con la llegada de las vacunas y la sensación de “superación del virus” por gran parte de la sociedad gracias a ellas-, como también sentía como ideal entrevistar a los y las profesionales sanitarias que asistieron también partos durante las fechas mencionadas -matronas/es, *doulas*, ginecología, auxiliares, enfermería, etc.-.

Mi intención con esta aplicación de las entrevistas semiestructuradas / abiertas es, como comentaba anteriormente, lograr el acceso y el uso de las *perspectivas emic en pos* de alcanzar detectar y comprender las subjetividades presentes en los agentes sociales implicados en la problemática tratada. Esta herramienta de investigación de las ciencias

sociales es tan importante y tiene tanto potencial para este acceso de lo subjetivo que queda reflejada y explicada con sus características en el segundo capítulo de la obra del economista y eminente sociólogo español Alonso Benito (1998:2) quien expresa:

*“La subjetividad directa del producto informativo generado por la entrevista es su principal característica y, a la vez, su principal limitación. La entrevista abierta de investigación social tiene su mayor sentido, por tanto, al ser utilizada donde nos interesan los actos ilocutorios (...) de individuos concretos que por su situación social nos interesen para localizar discursos que cristalizan<sup>2</sup>”*

Con ello, contemplo la entrevista semiestructurada como la metodología más eficaz y adecuada para este tipo de trabajo ya que una encuesta cuantitativa o la observación participante no podía realizarlas por las limitaciones del contexto. Por tanto, el objetivo con estas entrevistas es realizar unas preguntas con un sentido apropiado a la situación *en pos* de facilitar e invitar a tener una conversación en los mismos términos, sin jerarquías, entre yo investigadora - participante entrevistado (Alonso, Benito, 1998).

Confeccioné dos tipos de guías para orientar las entrevistas<sup>3</sup>, uno para las entrevistas orientadas a las madres y familias y otra para los profesionales sanitarios. Frustradamente, no logré poder conseguir tantas entrevistas como me hubiese gustado debido a falta de tiempo y coordinación, sobre todo con los profesionales sanitarios dado que a pesar de que contacté con una gran cantidad de asociaciones -posteriormente se mencionarán y explicarán en el trabajo- y de contactos que encajaban con el perfil que buscaba, no fue posible lograrlas; un malogro tanto en cuanto que la voz y las experiencias de las y los profesionales asistenciales también debía ser escuchada y atendida pues son actores igualmente claves. Sea como fuere, no se logró esta vez, pero eso no quiere decir que a futuro no se pueda realizar una revisión del ensayo en el que se integren las vivencias de estos agentes.

Por otro lado, tampoco logré una cantidad satisfactoria de entrevistas a las madres, quedando en dos entrevistas de aproximadamente 30-40 minutos a dos familias -donde la principal entrevistada y con quien más interactuaba era con la mujer-, una realizada en

---

<sup>2</sup> La intención que tiene el hablante, su finalidad inmediata.

<sup>3</sup> Remito a los [anexos B.1](#).

marzo de 2022 y la siguiente en abril del mismo año. En este caso, las entrevistas fueron en persona, cumpliendo todas las medidas necesarias y que me solicitaban -lavado de manos, mascarillas, una cierta distancia, etc.-.

En suma, y aún con todo, para este trabajo se han implementado y reflexionado en base a tres entrevistas propias -que no únicas-. Cada una de ellas, además, corresponde a uno de los momentos claves de la pandemia. Así, tenemos por mi parte la entrevista de Johanna<sup>4</sup>, quien como ya he expuesto tuvo un parto hospitalario en una entidad pública en abril de 2020 en plena cuarentena en Viena y cuyo testimonio recogí vía Google Meets el lunes 14 de diciembre de 2020 a las 16h; la de P.M.M. quien dio a luz en un hospital público de España en noviembre de 2020 -cuando la desescalada del confinamiento ya estaba más suavizada- y que se realizó presencialmente el domingo 03 de abril de 2022. Por último, la entrevista a L.J.D., quien tuvo un parto hospitalario también en una entidad pública el 01 de marzo de 2022 y a la cual también entrevisté presencialmente el domingo 13 de marzo de 2022.

He de recalcar que las tres entrevistas fueron grabadas con precedente información y consentimiento previo; empero, otra de las limitaciones a las que me tuve que enfrentar a lo largo del desarrollo de la investigación es la corrupción y consecuente pérdida de los archivos de audio antes de que pudiese proceder a la transcripción de estas por fallos a nivel general de mi ordenador con el que trabajaba en ese momento. Tanto en cuanto que considero que las transcripciones son puramente necesarias para romper con los posicionamientos más naturalistas de las ciencias sociales, lo que sí conseguí recuperar son las notas esquemáticas que iba tomando durante la entrevista, las cuales adjunto en los anexos para quien le resulte pertinente. De igual manera, en dicho apartado he añadido un pequeño resumen de las experiencias del parto y la caracterización de mis entrevistadas. Por ende, apelo a que comprendas estimada lectora / estimado lector que respecto a estas tres entrevistas no tengo una posibilidad de literalidad cuando las cite y que recurro a mis anotaciones y la capacidad memorística que poseo.

---

<sup>4</sup> Durante las entrevistas, Johanna fue la única que se sentía cómoda con el uso de su nombre completo para el trabajo tanto en cuanto que indicaba que debido a la distancia física y la publicación de este trabajo en un idioma y ámbitos diferentes a los suyos no cree posible que llegasen a reconocerla. Las otras dos mujeres solicitaron que usase sus iniciales ya que prefieren prevenir su reconocimiento y se sienten más cómodas anonimizadas; así queda reflejado.

Debido al hecho de que tres entrevistas se quedan cortas para poder realizar un trabajo intensivo, he complementado estas con las experiencias y discursos divulgados a través de los medios de comunicación como los documentales, las noticias o los artículos académicos, así como también con la información y difusión que otras compañeras de la investigación social han proporcionado junto a sus investigaciones.

Las autoras y autores gracias a los cuales he podido realizar mi labor de revisión bibliográfica y reflexión desde el polo más académico, entre otros, son en su mayoría antropólogas y antropólogos especializados en las problemáticas de la salud, tanto de España mayoritariamente como también de América Latina -si bien cabe recalcar mi ensayo se centra principalmente en los discursos y experiencias ocurridos en Europa, principalmente en España.

Citaré algunas de las autoras que están debidamente referenciadas en la bibliografía entre demás referencias que he recopilado; así, he aprendido de y estudiado obras de autoras como Cardús con su trabajo sobre la reconstrucción histórica respecto a la conceptualización del parto, Murialdo con sus aportes de contraposiciones entre el parto hospitalario y el no hospitalario, Menéndez con su brillante aportación sobre el *modelo médico hegemónico* y la *autoatención*, Sánchez Rodríguez con su trabajo sobre la violencia obstétrica y su gran labor de recopilación de los discursos de múltiples familias, asociaciones y matronas al respecto, Hernández y Echevarría con su obra *Sociología del Parto. Los conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático*, el sociólogo Le Breton (2018) para comprender una mejor concepción del cuerpo físico desde la sociología, el gran Foucault y su *biopoder* aplicado y explicitado en la hegemonía de las modalidades de partos y control de la reproducción y sexualidad por medio de la gubernamentalidad, Castrillo y sus aportes conceptuales para el análisis de estas problemáticas o, por terminar de ejemplificar, a González Ochoa (2018) quien, como bien reflejaba Sánchez, su estudio sobre las representaciones sociales y los capitales recordaba a la teoría de capitales bourdianos, concepto flotante que se puede rescatar y aplicar con el capital cultural que tienen las familias y las parturientas en contraposición con el del personal sanitario, entre otras muchas.

En adición también busqué noticias, estadísticas, protocolos, entrevistas y documentales por la red sobre la problemática para poder escuchar de viva voz y hasta

visualizadas, las experiencias, miedos y valores de las madres que alumbraron tanto previo a la pandemia como posterior.

Recapitulo así desde los discursos más biomédicos -que no por ello son contra el parto respetado por necesidad, pero sí tienden a ser más críticos y ver con mayor riesgo los partos extrahospitalarios- que surgen de las revistas de salud y enfermería como PubMed o Enfermeríatv o los comunicados de la SEGO; en contraposición con el actuar y prosa más emocional y reivindicativa -y no por ello menos válido, verídico o contrastado- de las asociaciones y fotos.

Entonces, para culminar con este epígrafe, mi metodología ha consistido en realizar una recolección y revisión bibliográfica académica de múltiples autoras para poder aplicar la construcción teórica con base en la cual analizar y estudiar las entrevistas, discursos, noticias, artículos académicos, artículos periodísticos y recursos legales como también protocolarios que se ven intrincados y se articulan con los partos pandémicos. Para aquellas páginas web en las que no se explicitaba la fecha de creación de una determinada entrada, utilicé la herramienta on-line de *Wayback Machine*, la cual permite visualizar todos los cambios que ha tenido una página web desde su creación hasta la actualidad por medio de la dirección URL de esta.

## Desarrollo

### 1. Era previa al COVID: Definiciones, concepciones, contexto general, tipologías, agentes sociales implicados, estadísticas, normativas y derechos

*“A cualquier persona que le puedas contar que tu parto ha sido lo mejor que te pueda pasar en la vida te mirará y dirá ‘Tú estás loca’”*

(Paula, *Parir en el siglo XXI*. RTVE 2020)

Para comenzar a analizar la evolución que ha tenido la formulación de los distintos tipos de alumbramiento antes, durante y “después”<sup>5</sup> de la pandemia del COVID-19 junto con su potencial para reconceptualizar y estudiar sus tipologías, previamente contemplo necesario definir los conceptos que utilizo dentro de la temática y contextualizar la construcción del parto hospitalario y el domiciliario previa a la pandemia.

Así, a lo largo del ensayo intercalaré los términos *familia* y *mujer* a la hora de hablar de los principales agentes protagónicos de los partos. Con el término *mujer* en este trabajo hago referencia a aquellas personas que pueden y/o están embarazadas, ya que somos conscientes que no todas las mujeres, por diversas cuestiones biológicas y argumentos propios, pueden y/o desean embarazarse. Lo expongo de tal manera tanto en cuanto que siento imperativo hacerlo dado que, si no lo especificase, podríamos caer forzosamente y de forma subconsciente en la vinculación regresiva del colectivo *mujeres* meramente con la idea del “objeto” -más que sujeto, desgraciadamente- de reproducción cómo última instancia; una articulación epistemológica altamente reduccionista e injusta tratada por una gran cantidad de autoras y autores feministas. No digo nada que no sepamos ya cuando nos planteamos las cuestiones sobre el género, en este caso, *ser mujer*, que tiene muchas más implicaciones, formas, concepciones, consideraciones, vinculaciones, prácticas y consecuencias que la de únicamente ser aquella persona con matriz con capacidad de engendrar, atando la idea intrínseca de la mujer con la idea de útero y, por

---

<sup>5</sup> Entrecorrimiento debido a que no sé hasta qué punto poder considerar que a fecha de hoy estamos finalmente con la pandemia superada o no, pero sí es cierto que, claramente, la situación no es como a inicios de marzo de 2020.



ello, prácticamente reducirla a “medio de producción” cuyo objetivo final es el obtener un bebé.

Por tanto, cuando uso el concepto de *mujer* me refiero a la mujer que está embarazada, a la futura madre, a la persona que, en última instancia, va a vivir en sus carnes todos los cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales que el embarazo, el parto y el olvidado puerperio le van a provocar y que, por ende, a la que se le va a asistir y/o acompañar a la par que será sobre quien la sociedad proyectará sus ideales de “una buena madre” en función del parto que haya elegido ella principalmente, y/o junto con su pareja complementariamente<sup>6</sup> -en caso de haberla y de que así lo deseen-.

Del mismo modo, utilizo la palabra *familia* -independientemente y conociendo las plurales configuraciones de estas- gracias a que me permite aunar a las mujeres y sus parejas -si las hubiesen-, tanto en cuanto que comparto la idea de que en razón de la postura del parto humanizado ya no sólo concebimos a la mujer como sujeto activo merecedora de sus derechos y respeto a sus decisiones, sino que también se consigue traer a la problemática la posición de su pareja -mayoritariamente, pero no necesariamente, el futuro padre<sup>7</sup>- quien también tiene funciones y es de gran apoyo tanto físico como emocional para su pareja y para su bebé. Patentemente, él no sería el protagonista principal del parto, pero sí que es una figura clave, muy reivindicada también por las mujeres y por los propios padres, quien también tiene sus derechos y obligaciones en el proceder del nacimiento y ya no meramente en la concepción del embarazo, dotándole así de una posición activa en el plano físico-emocional que la pandemia ha traído a la palestra del debate al prohibir la entrada del acompañante a las ecografías o los paritorios.

Explicados los matices, comencemos por consiguiente a definir y exponer las tipologías y el contexto de los partos pandémicos que nos ocupa. Para iniciar, cuando utilizo el supra-concepto de **parto pandémico** abogo a cualquier parto que ocurra en un periodo de pandemia, por lo que, sin importar las infinitas subtipologías que este tiene, son unos tipos de nacimientos que contienen una nueva adición a los miedos, emociones

---

<sup>6</sup> Manifiestamente quiero estipular que es la futura madre cuya decisión final es la que más peso tiene, ya que es su cuerpo, sus emociones y su confianza en conclusión las que están en juego.

<sup>7</sup> Al igual que con el término *mujer*, me refiero al concepto de *padre* principalmente como aquella persona que compartirá las tareas de cuidado del futuro recién nacido con la madre, bien sea o no porque es el padre biológico.

y expectativas de las familias que lo sufren como sus parientes más cercanos, de los profesionales médicos asistenciales quienes también pueden compartirlos en mayor o menor medida y, a un nivel más macro, de las sociedades globales envueltas en estas circunstancias. Al mismo tiempo, son diferentes los protocolos y los procedimientos para ya no sólo el atender el parto en una pandemia, sino para poder salir por ejemplo del hogar o poder vivir la experiencia más óptima. Son unos partos cuyo principal enemigo no es tanto el virus mismo, sino en un plano menos corporal es el tiempo y la incertidumbre contra lo que se lucha, tiempo para poder tener estudios válidos que legitimen o no unas actuaciones determinadas, tiempo inexistente *a priori* para plantearse y planificar el qué hacer, tiempo para “volver a la normalidad”, para plantearse los riesgos y elegir “entre lo malo, lo peor”, sopesar las ventajas y desventajas, las consecuencias, etc. Como ya mencioné anteriormente, las sociedades pueden procurar parar y “congelarse” en el tiempo, pero digamos que Cronos tiene otro proceder con la biología.

Para exponer entonces la enorme gama de partos y sus flujos que pueden ocurrir durante una pandemia -que del mismo modo pueden darse en contextos no pandémicos, pero con diferentes manifestaciones y tendencias-, remito al diagrama ([figura 1](#)) que elaboré en *pos* de que pueda servir de orientación -si bien cabe la posibilidad de que tenga algunas fallas que, de ser así, me gustaría ajustar a futuro-. Como se puede observar, hay una gran tipología no excluyente por necesidad más allá de la que podamos pensar en un primer momento del parto hospitalario en contraposición al parto domiciliario. Procuré plasmar, también, el flujo de opciones que se les pueda plantear a las familias y a los profesionales sanitarios a la hora de afrontar un parto en plena pandemia. Si este en principio no tiene riesgos, lo llamaríamos un **parto normal o eutócico**. Para explicar este concepto citaré la definición que la Federación de Asociaciones de Matronas de España propuso en junio de 2006; esto es: “*el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo*” (FAME, 2006).

En esta concepción ya la Asociación da cuenta que no sólo el parto implica un proceso fisiológico como pueda ser la dilatación, las contracciones, la coronación, el expulsivo o la expulsión de la placenta. Se percatan de que la sociedad, la cultura y la psicología

juegan adicionalmente un papel clave con el potencial de determinar la satisfacción y la experiencia de la mujer y su familia que tengan el parto normal. Asimismo, se recoge la clara idea de que no se realiza una intervención ni en la provocación del parto ni su instrumentalización; es decir, no será un **parto intervencionista** ni un **parto medicalizado** al no suministrar por rutina ni necesariamente analgésicos -aunque la medicalización puede darse si lo solicita la madre y está disponible, siendo aún un parto normal; no es incompatible-. Frecuentemente, los partos normales tienden a ser a su vez **partos naturales** siempre y cuando ocurra la no intervención y la no medicalización de estos, bien sea por petición de la mujer o por la aparición de imprevistos.

En función del lugar en el que este parto normal y/o natural tenga cabida, encontraremos cuatro subtipos de partos. El **parto domiciliario (PD)**, el cual podríamos entender como aquel parto que ocurre en el hogar de la madre, de la familia, que le permite estar acompañada de un mayor número de personas plenamente a su elección a las que, literalmente, “les abren las puertas de su casa”. No necesariamente es sin asistencia, ya que hay múltiples matronas que van a los domicilios a apoyarles y acompañarles, y, en caso de ser requerido, a atenderles y guiarles. Dentro del parto domiciliario se puede dar un parto en el agua -bien en la bañera, bien en una piscina comprada especialmente con ese propósito-, en la cama o en cualquier sala del hogar en el que la madre se sienta más cómoda, es decir, hay una completa libertad de movimiento dentro de lo que el dolor permita. Que un parto comience siendo domiciliario no implica tampoco que en caso de urgencia no acabe convirtiéndose en un parto hospitalario. Además, suele ser la tipología de alumbramiento más proclive en las zonas rurales del globo y en aquellas que no tienen acceso a un instituto hospitalario cercano, razón por la que se le dota de la idea de “retroceso” bajo un prisma desarrollista. En los apartados siguientes del trabajo compartiré algunos de los discursos pertinentes sobre esta tipología de parto en el hogar, tanto los que lo rechazan completamente como quienes lo apoyan, y citaré cómo algunas madres definen su experiencia con este.

En un punto intermedio entre el parto domiciliario y el hospitalario se encuentra el que se da en una **casa de partos o de nacimiento**. Para explicar con claridad en qué consiste esta modalidad tan relativamente novedosa y la cual aún tiene revisiones de estudios sobre sus beneficios e inconvenientes, apelo al artículo de López y Jiménez (2018). *Las casas de parto dentro del sistema sanitario*: “Son unidades obstétricas de bajo riesgo dirigidas

por matronas. Desde la década de 1990 ha habido un resurgimiento de estos centros. El propósito de esta revisión es examinar la evidencia científica sobre los beneficios de las casas de parto vinculadas al sistema sanitario (...) Estas unidades deben estar dotadas de personal altamente cualificado y utilizar unos protocolos clínicos bien definidos” (López y Jiménez, 2018: 01). Se entienden estas “casas” por tanto como edificios o unidades especialmente orientados al parto donde cuentan con quirófanos y material asistencial necesario para cualquier emergencia e intervención precisa o solicitada por la mujer, como pueda ser el uso de analgésicos, tener la opción del parto en el agua y moverse por la habitación, usar una pelota de yoga si el agua no le calma, agarrarse a los fulares, cambiar las posturas, etc. De igual manera, altamente relevante es dar cuenta que estas unidades son dirigidas en última instancia por matronas y no por ginecólogos, lo cual le diferencia del parto hospitalario. Son, por tanto, un perfecto concepto puente de ayuda para reconceptualizar y repensar en las implicaciones, estigmas, beneficios y riesgos de los partos hospitalarios y los extrahospitalarios<sup>8</sup>. Son pues centros creados con la finalidad de proporcionar un lugar acondicionado y seguro tanto para las mujeres y familiares como también para los profesionales. Se caracterizan por estar liderados por matronas y, en segundo lugar, por los obstetras, existiendo tres tipos de centros y estándares bajo los que se diseñan. Así, existen las *Birth unit* que son pequeñas salas integradas en un hospital, las *Birth-center* o *in-hospital Birth center* que es especialmente una casa de parto con mayor tamaño integrada en un centro de maternidad del hospital y, por último, las *free standing Birth center*, las cuales son casas de parto independientes de los centros médicos.

Según la FAME, son cinco los estándares que estos centros cumplen: ofrecer un ambiente que ayude a la atención sanitaria y potencie las relaciones interpersonales desde un prisma bio-psico-social y que estos valores se vean reflejados, que el diseño promueva la libertad de movimiento y el parto activo, que proteja y fomente la privacidad, dignidad y relajación y, por último, que sean tanto visibles como accesibles en el área de atención sanitaria al que pertenecen (FAME, 2020). Los centros alemanes y británicos son los más avanzados al dar cuenta de las ventajas y ponerlas en valor que esta modalidad de

---

<sup>8</sup> Un inciso que me gustaría mencionar por ser caso muy minoritario pero que puede ocurrir debido a que, como he ido reiterando, la biología no para sus tiempos, es el caso de los partos que suceden en la atención primaria, normalmente ocurridos también en zonas donde el traslado al hospital es más complicado y/o imposibilitado.

nacimientos tienen en la mujer, en el bebé, familia y acompañantes, la mayoría diseñados con base en los modelos de maternidades Parra-Müller, expuestas en Oliver (2018) (**figuras 2 y 3**) -arquitectas española y austriaca que rediseñan las salas de parto europeas y las humanizan en función a los estándares expuestos debido a la alta demanda por la mejora de estos espacios-. En las propias palabras de Müller: “*Estos deseos siempre existían, pero ahora van cogiendo forma de manera más eficaz y organizada, a través de asociaciones de usuarios y pacientes, fundaciones y los propios profesionales también se ven beneficiados*” (Calero, 2018). Aún a pesar de los beneficios y el avance que la modalidad de casas de parto tiene en el resto de Europa, en el caso español, sólo existen dos que sean de régimen público, ambas en Cataluña -Casa de Nacimientos Baetulo (Barcelona) y la Fundació Hospital San Joan de Déu (Martorell)-. Finalmente, mencionar a la Casa de Naixements Migjorn, ligada al Hospital de maternidad de Sant Vicenç en Castellet, a dos minutos en coche de este, creada en el 2000, la cual opera tanto como casa de partos como también visita al domicilio por parte de las matronas que coordinan el centro.

En último término, según la ubicación del nacimiento está la modalidad hegemónica en Occidente, el **parto hospitalario (PH)**. Este es el que se da en los hospitales, con protocolos estrictos de atención, una jerarquía entre los profesionales, donde el ginecólogo o la ginecóloga es quien controla los procesos y ordenan actuar de determinada manera según la situación. En general, la mujer no suele conocer a gran parte de los profesionales que le asisten, puede arriesgarse a una medicalización e instrumentalización excesiva e incluso a sufrir la *violencia obstétrica*, entendida esta como “*(...) prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio en el ámbito público o privado que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas*” (Martínez Gandolfi y Rodríguez Mir y, 2021: 01).

Los partos aquí pueden ser cesáricos o vaginales, normalmente ocurriendo la primera opción cuando durante el embarazo o el parto los médicos detectan “x” riesgos potenciales y se lo comunican a las familias para que secunden su decisión como profesional, muestra del capital de conocimiento que tienen los médicos frente a los pacientes.

Con todo, *a priori* independientemente de la ubicación del parto, la experiencia de este puede acabar siendo por un lado producto de la **cultura biomédica (PB)** -la modalidad predominante en los partos hospitalarios- o de un **parto humanista / respetado (PHM / PR)**. Matizo nuevamente que un parto hospitalario no es factor excluyente de vivir un parto respetado<sup>9</sup>, ni uno domiciliario factor categórico de tenerlo, pero no tiene sentido negar que los partos hospitalarios responden a la cultura del modelo médico hegemónico propuesto por Menéndez, y por ende de la biomedicina y el biopoder de Foucault (1976/2007). Lo que sí es diametralmente opuesto es el parto de la cultura biomédica con la cultura del parto humanista.

Tal y como evidencia Murialdo (2019) muy hábilmente (**figura 4**), podemos atender a las múltiples diferencias que hacen pensar en el parto biomédico como antagonista del parto respetado en tres principales grupos discursivos y culturales:

① Sobre la peculiaridad del parto, el PHM tiene tiempos y ritmos fluctuantes por su cariz fisiológico, surge desde las filosofías feministas, no es jerárquico y es de libre elección; contrario a lo que ocurre en el PB, que es hospitalario, se le intenta provocar, acelerar y medir, se medicaliza, se interviene, se crea un discurso en base a la enfermedad y patologización, es jerárquico y androcéntrico.

② Respecto a las subjetividades de las mujeres de parto, en el PB el concepto mujer se concibe como una paciente y se le concede el estatus e implicaciones de una enferma, pasiva, obediente, vulnerable, etc. A la inversa, el PR entiende a la mujer como un sujeto activo, crítico con la cultura biomédica, con capacidad de agencia y empoderada.

③ Por último, respecto al rol de los profesionales y familiares, en el PB el protagonista es el especialista, centrado en la intervención / asistencia de manera alterada e impaciente donde los acompañantes cumplen un papel muy bajo e imperceptible, casi desaparecen al estar supeditados al especialista; empero, con el modelo cultural del PHM es la matrona o el matrón el experto que acompaña, no asiste si no es necesario, con actitud tranquila y segura, donde los familiares / acompañantes pueden delegar y cumplen un rol de protección y de ayuda.

---

<sup>9</sup> De hecho, existen casos de “cesáreas humanizadas” como en el caso del Hospital de Vall d’Hebron (Redacción Médica, 2018), donde dan la elección a la madre de si desea ver o no la salida del bebé, de que su acompañante corte el cordón umbilical, etc.

Pero, ahora bien, cuando hablamos de partos respetados, ¿a qué nos referimos exactamente? ¿Qué es lo que se respeta? En respuesta, basándome en el artículo *¿Qué es el parto respetado?* de la asociación El Parto es Nuestro (2021), podemos entender que un nacimiento ha cumplido con los estándares para considerarse humanitario si se respeta la *fisiología del parto* - por ejemplo, a sus tiempos, sus posiciones las cuales pueden ir variando a lo largo del proceso-, si se escuchan y respetan los *deseos y necesidades* de la madre -desde hacer cumplir su deseo y derecho del acompañamiento, de la administración de analgésicos, la administración de alimentos o bebidas, etc.-, respeto a *sus derechos* como usuaria<sup>10</sup> -que no paciente- del sistema sanitario -estando en la cúspide el derecho a la información adaptada y explicada de manera adecuada tanto de los beneficios, las ventajas, los inconvenientes, los riesgos, las complicaciones y las implicaciones de ciertos tratamientos y procedimientos para que pueda de manera libre, sosegada y concienciada, decidir y elegir el actuar de su parto- y, en última instancia pero no por ello menos importante, también el respeto a los *derechos del bebé* -en especial, el poder disfrutar de los beneficios de la técnica *piel con piel*, del pinzamiento óptimo del cordón umbilical cuando este ha dejado de latir, del uso y disfrute de la lactancia materna sin intromisiones, etc.-.

Los derechos de la mujer, indica la asociación en la entrada de su web *Conoce tus Derechos*, son el derecho a la información, el de consentimiento, el de libre elección -que también recoge el de acompañamiento-, la protección a la intimidad y confidencialidad -respaldado por el Artículo 7, Ley 41/2002.BOE- la protección de la dignidad por encima del interés científico-social, el derecho a un protocolo médico de valor y, por último, a la identificación de los asistentes del parto -recogido en el BOE, artículo 2.1 e de la Ley 44/2003 y en BOE. Artículo 19. Ley 55/2003-.

Los del bebé, exponen la Plataforma Por los Derechos Al Nacimiento en su web, son el reconocimiento de su capacidad físico-emocional tanto como nonato como neonato, y en especial en la transición entre ambas; el que su madre mientras aún está en el útero disfrute de un bienestar emocional sin alteraciones; al respeto del momento, de los ritmos, del entorno y del acompañamiento durante el parto ya que, indican, “*un bebé y una madre*

---

<sup>10</sup> También estando presentes para su cumplimiento los derechos de su pareja / acompañante, aunque no de manera tan evidente ni sin llegar a hacer sombra a los de la madre.

*sanos tienen derecho a no ser tratados como enfermos*” (Plataforma Pro Derechos al Nacimiento, s.f.); derecho a la intimidad antes, durante y tras el parto; permanecer junto a su madre pues es injustificable la separación en distintas estancias de ellos incluso siendo prematuro pudiendo disfrutar del *piel con piel*; disfrutar de la lactancia materna a demanda; ser atendido por su madre y, finalmente, a que sus padres puedan decidir tras la búsqueda de información y alternativas relacionados con su bienestar.

Cumpliendo todos estos requisitos se logra que la mujer pueda elegir de una manera informada, consciente, confiada y segura de su cuerpo, que se sienta escuchada por los profesionales que le asisten con los cuales hay una relación horizontal de confianza y flujo comunicativo, profesionales que saben y respetan su cuerpo y la fisiología del parto, conocedores de los riesgos de determinadas prácticas las cuales no se utilizan de forma indiscriminada e ilegítima por mero proceder rutinario. Se consigue, por tanto, que sea cual sea la decisión de la familia y en última instancia de la mujer, esta sea consciente, sopesada, decidida y nada imprudente por encima de lo que pueda creerse *a priori*. Del mismo modo que apuntaba anteriormente, el Parto es Nuestro también concibe el parto respetado como uno que se puede dar incluso si se han realizado prácticas que puedan entenderse como intervencionistas, dado que, si la mujer ha sido informada de ellas, de sus razones, sus riesgos y ha dado permiso; si se ha sentido, pues, protagonista y respetada donde ha sido sujeto activo y no un cuerpo pasivo, entonces aún con ello estaríamos hablando de un parto humanista y respetado. Al mismo tiempo, refuerzan la idea de que esta tipología de alumbramiento puede presentarse tanto de forma hospitalaria como externa a este, ya que, como indican acertadamente las expertas de la asociación: “...depende más de la filosofía y mentalidad del profesional que atiende que del lugar del parto donde se desarrolle” (El Parto es Nuestro, 2021).

Las mentalidades que se critican, de manera que he ido exponiendo, son las que justifican las prácticas jerárquicas, intervencionistas y denigrantes bajo el paradigma biomédico; es decir, aquellas que surgen, producen y son fruto a su vez del **Modelo Médico Hegemónico** (Menéndez, 1988). Entiendo así este concepto y lo uso tal y como expone el científico e investigador social en una de sus múltiples obras, comprendiéndose como:



*“El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”*

(Menéndez Spina, 1988: 02)

Paralelamente a cuando contraponíamos junto a Murialdo (2019) la cultura de los partos biomédicos con la cultura del parto respetado, los rasgos estructurales que presenta el MMH como antagonista del modelo de atención humanista son, según explica el autor (Menéndez, 1988), un fuerte arraigo del biologicismo ligado también a la idea individualista. Se le suma la carencia de historicidad, por lo que no se concibe como una construcción social que ha ido metamorfoseándose a lo largo de los años, sino como una realidad latente, inerte y permanente. Unido a ello, igualmente está caracterizado así también por la asociabilidad -Historia y Sociedad son dos variantes que la epistemología biologicista del MMH rechaza como componente base de su cosmovisión- tanto en cuanto que se identifica con una completa racionalidad científica. Por si fuera poco, también es mercantilista y se basa meramente en una eficacia pragmática -repulsando el papel de la eficacia simbólica que proponía Lévi-Strauss-. Se le suma que existe una asimetría entre el entramado de agentes que promueve y convalida el autoritarismo. En consecuencia, la participación del paciente siempre estará subordinada de forma pasiva bajo los intereses y el proceder de la hegemonía asistencial.

Otra característica más es que rechaza el conocimiento del consumidor / paciente -de nuevo, remitiendo al capital pragmático y técnico de los profesionales médicos frente al capital que tenga el paciente, el cual no sólo no se tiene en cuenta y denigra, sino que incluso llega en ocasiones a ni se plantearse como existente-. Puede actuar de tal manera tanto en cuanto que sus procedimientos tienen una legitimación jurídica. Construye la profesionalización para ejercer bajo una formalización específica y cumple tendencias inductivas al consumo médico -por ejemplo, como es el caso en el que nos acontece en el que el parto se sobre entiende que debe producirse en el hospital bajo este sistema atencional-.

Aparte, estas características y el actuar del MMH ya no ocurre meramente con fines curativos, también opera con fines epidemiológicos y preventistas (Menéndez, 1988: 04), tal y como se evidenció durante la pandemia, donde la profilaxis a nivel epidemiológico estaba en constante presencia del discurso social y estatal, lo cual, sumado a la problemática asistencial de los partos, daba lugar a que, para salvaguardar cualquier contagio y complicación posible que pudiese ocurrir en un parto domiciliario, se llamaba a las mujeres a dar a luz en los hospitales, aun pudiendo haber la posibilidad de prohibirles el acompañamiento por prevención.

Con ello, el MMH cumple tres funciones principales: ① Funciones curativas, de mantenimiento y preventivas para lograr esa conservación de las curas. ② Función de control, normalización, medicalización y legitimación. Esta funcionalidad la podemos vincular con las ideas que proponía Foucault (1976/2007) en su propuesta del biopoder y el despliegue tecnológico de este para ejercerse, como son los dispositivos de control de la sexualidad y la reproducción dirigido en práctica exclusividad hacia las mujeres y la gubernamentalidad de estos, seduciendo a la sociedad a actuar según los intereses de este biopoder, señalizando aquello que se escape de la normalidad en *pos* de encauzarlo de vuelta a la norma, al *habitus* bourdiano que se estipula; de ahí, el señalamiento al parto domiciliario y su repulsa en los discursos sociales hegemónicos. ③ Por último, la tercera función del MMH es la función económica-ocupacional.

Con base en estas labores, el MMH cumple la norma de que la atención y gestión de los pacientes siempre se hace cumpliendo la *primacía del riesgo*, cualquier enfermedad o patología y sus tratamientos debe ser concebida en base a los riesgos que le acontecen.

El lector o la lectora ya se habrá dado cuenta de que el embarazo, el parto y el puerperio, desde el modelo médico hegemónico, es concebido de una forma patológica con una amplia gama de riesgos *per se*, y a menos que se le vayan descartando tras las visitas rutinarias, revisiones y asistencias, deberá entenderse como tal. Decía Castrillo: “...*todo embarazo y parto es riesgoso hasta que se demuestre lo contrario*” (Castrillo, 2016:04). Cabe marcar que el que se critique esta visión en términos del embarazo y nacimiento de peligrosidad no implica la negación ni la existencia de estos. Una vez más, lo que se critica es la concepción que se tiene *per se* de los embarazos y alumbramientos. El concebirlos de tal manera produce un miedo, una inseguridad predispuesta en las

mujeres y las familias que les hacen sentirse desamparadas ante estos riesgos, estas amenazas constantes a las que se enfrentan, se crea un discurso del parto como una experiencia horrible a la que se sobrevive, y provoca que cedan la total confianza en los médicos y en sus procedimientos, es decir, se convierten en sujetos pasivos, o en los casos más flagrantes en objetos pasivos y subordinados ante el MMH, siendo un preámbulo para que ocurran casos de denigración, traumas y cualquier acto propio de la violencia obstétrica.

Pero como sabemos y he venido defendiendo, las familias, la mujer embarazada y los sujetos tenemos siempre una capacidad de agencia, ya que de no ser así no habría cabida alguna para el cambio y no tendríamos evoluciones y/o modificaciones de las formas de vida y el conocimiento, cosa que, evidentemente, no ocurre. De tal forma, frente al MMH surge otro concepto útil para la disertación, que es el de la **autoatención** también de Menéndez (2018). En palabras del autor:

*“La autoatención refiere a los saberes, es decir, a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y microgrupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a la salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e internacional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención”*

(Menéndez Spina, 2018: 03)

Es decir, es la capacidad de agencia hecha práctica, bien de una forma completa, bien parcial, es tener el poder de elegir, seleccionar y decidir los tratamientos ya sean previamente indicados o no por los profesionales médicos. Entendiéndolo así, podemos decir que la opción del parto domiciliario es un modelo de estrategia de las prácticas de autoatención llevado a la problemática de los embarazos y partos, donde las mujeres usan diferentes tácticas para aliviar, controlar y soportar el dolor del parto, así como de elegir cómo atenderlo, donde las matronas que le asisten no intervienen de forma centralizada, ni directa ni se da por hecho a menos que ya sea posteriormente solicitado por la madre.

Teniendo esto en cuenta, contemplo que para lograr la autoatención es precisa la divulgación de los diferentes tipos de saberes, alternativas y experiencias presentes, y no meramente las opciones que surgen por parte del MMH; dicho de otro modo, para poder

llegar al punto de decidir tener un parto determinado -domiciliario, hospitalario, vaginal, medicalizado, humanizado, tecnocrático, etc.- es preciso que la cosmovisión de este por parte de las familias esté presente, al fin y al cabo, ¿cómo puedes elegir algo que no sabes que existe de no ser por la investigación? Con tal fin, son muy útiles las redes sociales en la actualidad, al dar voz a las posiciones subalternas y crear espacios del diálogo y compartir las experiencias vividas.

Conjugando la idea del parto humanista no patologizante como contraposición del parto concebido por la biomedicina del modelo médico hegemónico, añadido con la capacidad de agencia que evidencia la autoatención, se logra concebir el respeto ya no sólo al cuerpo -“objeto”- con sus tiempos, libertad de movimientos, ritmos, etc. sino que, a la par, también logramos respetar a la mujer -el sujeto-, a sus decisiones, sus saberes, a tratarla como protagonista de su parto y por consiguiente también al bebé y a su acompañante dotarle del cariz de apoyo físico-emocional y entenderle también como un agente más del entramado. Se logra dar cuenta de que *“...aunque no todas las mujeres sufren violencia obstétrica en sus partos, la cultura del parto respetado, en el que no tiene cabida este tipo de violencia, desafía la cultura biomédica de atención al parto”* (Murialdo, 2019: 245), abriéndonos una ventana a plantearnos unas nuevas propuestas de la asistencia y acompañamiento del parto a través del análisis y la crisis del modelo médico hegemónico con base en este modelo de autoatención que el parto respetado / humanista logra plantear en el debate social.

En vista de estas críticas que el modelo médico hegemónico ha recibido a lo largo de los años ha ido creando estrategias dentro del propio sistema para poder solventar y mejorar las experiencias de las familias en la atención de los partos y transicionar lentamente del parto más tecnocrático y biomédico al humanista, surgiendo así el denominado **plan de parto / plan de parto respetado**.

Hay varios matices con el concepto dado que para algunos colectivos meramente es ‘plan de parto’ y para otros debe ser ‘plan de parto respetado’; por lo que para exhibir si estos términos tienen diferencias sustanciales o no dependiendo de la concepción que se utilice expondré dos definiciones, ambas procedentes del sistema médico, una que proporciona el Comité Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

(2008: 04), citado por la Clínica Pedrosa (2020), donde utiliza el termino meramente sin el adjetivo ‘respetado’ y otro del Hospital Universitario de Torrejón, considerado uno de los hospitales públicos con la atención al parto más humanista y respetada del estado español al ser el primer hospital público de la Comunidad de Madrid en incluir la modalidad del parto acuático, realizar iniciativas del Programa Piel con Piel tanto en los partos vaginales como en los cesáricos y promocionar la lactancia materna<sup>11</sup>. Define la Clínica Pedrosa (2020):

*“El documento en el que la mujer embarazada puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento (...) para ayudar al equipo profesional que atiende el momento del parto, lograr la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitar tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en el que el estado emocional y físico es más vulnerables y la mujer se halla más centrada en este proceso vivencial (...) el momento idóneo sería entre las 28-32 semanas para poder tener tiempo de preguntar (...) el fin de un plan de parto no es planificar el desarrollo del parto y nacimiento. Ya que, si surgen circunstancias imprevisibles, el personal sanitario responderá de la manera más adecuada y oportuna, después de informar y pedir el consentimiento”*

De forma menos estatal, el Hospital Universitario de Torrejón (2020) lo identifica con una prosa diferente:

*“El ofrecer la atención respetando el proceso biológico, es escuchar a la mujer, es respetar sus opiniones, es acompañar y guiar durante todo el proceso del parto dando información y apoyo para ayudarle en la toma de decisiones durante todo el proceso. Es ofrecer cuidados individualizados, basados en las necesidades de la mujer. Es ofrecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad del núcleo familiar. Se consigue concediéndole el protagonismo a la futura madre por parte del equipo médico, facilitando el acompañamiento, salas individuales habilitadas desde la dilatación hasta el puerperio precoz, con recursos de apoyo para poder deambular y usar varios métodos analgésicos no farmacológicos como el uso de la ducha o bañera, las pelotas, los fulares, sacos de calor, música, relajación, etc. Además de ofrecer métodos analgésico farmacológicos como son el dióxido nitroso, la walking-epidural y la anestesia epidural”*

<sup>11</sup> De hecho, fue certificado por UNICEF con la *Iniciativa de la Humanización de la Atención al Parto y la Lactancia Materna*.

Observamos que, si bien ambas definiciones explicitan que la mujer y su núcleo familiar son sujetos activos, el Hospital de Torrejón utiliza reiteradamente el término respeto para dejar constancia de quién es la protagonista en el parto. Por otro lado, mientras que la Clínica Pedrosa y el Plan Estatal conciben el plan de parto como una ayuda por parte de la madre hacia el personal médico con ventajas para ambos, el hospital universitario lo entiende al revés y son los profesionales los que ayudan, guían y acompañan a la madre mientras que, a la par, da un amplio repertorio de cómo consigue respetar este plan de parto, cosa que no ocurre al menos en esta definición que tiene la clínica. Asimismo, me parece de interés cómo desde un documento del gobierno se explicitase que el objetivo no es planificar el desarrollo sino la plasmación de los deseos ideales sobre los cuales poder trabajar si es posible siempre y cuando no ocurran imprevistos sobre los cuales actuar tras la información y la petición del consentimiento. Evidentemente sabemos que los imprevistos y emergencias son consustanciales con la vida humana, empero, me planteo, ¿cuándo es demasiado imprevisible una circunstancia para modificar el plan de parto y cuánto tiempo debe durar? En vista clara de que yo no soy una experta de la temática ni mucho menos, no me atrevo a responder a la pregunta. Quienes sí podrían responder son los profesionales asistenciales / guías de estos procesos.

Una vez definidos los conceptos principales con los que se opera no sólo en este trabajo, sino en cualquier investigación respecto a la reproducción sexual, la salud, el embarazo, el parto y el puerperio, transicionamos a explicar el **entramado de actores ideales** que existiría en un parto -así como también en el embarazo y el puerperio- ya sea este o no pandémico, así como el foco de atención/importancia que personalmente se le debería otorgar a cada uno en el momento preciso del alumbramiento. Invito por tanto a ver la tercera imagen anexionada (**figura 5**) de creación propia donde quise plasmar los cuatro grados principales de prominencia e importancia que le otorgaría a cada uno principalmente en el contexto pandémico, pero igualmente extrapolable a circunstancias no epidemiológicas.

Ubico con ello el foco principal de atención a la futura madre y al bebé como los protagonistas principales cuyos derechos deben ser cumplidos con rigurosidad, así como la información de estos con el tiempo previo suficiente. A su alrededor, en el segundo foco de atención y protagonismo debería estar en el acompañante / pareja de la mujer porque, reitero, es también sujeto activo y tiene un papel dentro del parto, si bien no tanto

físico -que en cierto modo sí, dado que el acompañamiento es principalmente corpóreo- es más emocional y asistencial. En el tercer plano ubicamos a todos los posibles profesionales asistenciales, los cuales pueden variar según la tipología del parto que haya elegido la familia. Aquí, con gran fuerza destacaría el papel del ginecólogo/a y el colectivo de matronas/es, cuyas diferencias expondré más tarde porque, al igual que ocurría con los partos humanistas y los biomédicos, proceden de diferentes cosmovisiones no dogmáticamente incompatibles por necesidad. Por último, encontraríamos los “agentes externos”, los cuales no están presentes en el momento del alumbramiento en sí pero cuyas acciones, decisiones, legislaciones y cosmovisiones influyen y se ven reflejados; estos son desde el director del propio hospital, pasando por los medios de comunicación, los epidemiólogos en los partos pandémicos, el Estado de un país llegando hasta en un plano más *macro* la OMS y los Derechos Humanos como es por ejemplo el caso de los estándares recomendados de la Organización Mundial de la Salud (1985) respecto a las asistencias y cuidados de los partos, donde abogaban por que el porcentaje de cesáreas se mantuviese en un máximo del 15% y las inducciones y episiotomías no superen el 10% de los partos totales atendidos por un país. Lamentablemente, según datos del Gobierno de España (2020. *Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018.*), en el territorio a fecha de 2018 los hospitales públicos realizaron un total de 21,8% de cesáreas; los privados un 36,5%. También se superó el mismo año la tasa de episiotomías, siendo en los hospitales públicos del 27,5%. Por desgracia, en el documento no llega a indicarse la tasa de episiotomías en los hospitales privados en el año 2018, pero al menos en el gráfico de la página 33 observamos que en los hospitales públicos está tendiendo a la baja, si bien aún queda mucho camino por recorrer.

Ahora bien, ¿a qué nos referimos cuando decimos matrona/ón y cuando decimos ginecólogo/a? En palabras de la OMS, expresada por Fernández Guillén, en la web del Parto es Nuestro (2021), las **matronas** -también a veces referenciadas como comadronas-, son la/el profesional más apropiado/a para la asistencia y el cuidado de un embarazo y parto eutócico, incluyendo entre sus funciones todas las acciones como la monitorización y exploración, así como también del establecimiento de los distintos riesgos y reconocimiento de complicaciones.


En relación, el/la obstetra es el profesional experto en obstetricia, la especialidad médica encargada del embarazo, nacimiento y puerperio, así como de las situaciones de riesgo que requieran intervención quirúrgica. Sus funciones principales son la preparación integral de la maternidad a través de controles prenatales, acciones de prevención, atención al parto y posparto, informar de los cuidados, higiene, alimentación, lactancia y evolución del bebé y de la mujer.

En función a la definición que está dando MGC Mutua, ya no sólo se encarga en un plano físico de mantener y mejorar la salud del bebé y la madre, sino que también controla y entran en juego los factores psico-sociales, por lo que no sólo actúa en calidad e profesional sino también en calidad de ser humano, además, dice la web que “*el obstetra también puede recibir el nombre de matrona o matrona*” (MGC Mutua, 2021). No obstante, este carácter no suele darse realmente ya que una amplia mayoría social vincula más a los obstetras con los ginecólogos que con las matronas, como veremos en los discursos que surgen por parte de las asociaciones de matronas. En este trabajo, cuando use el término obstetra lo hago en el mismo sentido que las agrupaciones de comadronas, como el profesional asistencial formado desde el paradigma biomédico.

Así, pareciese que se trate a la ginecología y obstetricia con distintos nombres para un mismo concepto; si bien hay que saber que todos los obstetras son ginecólogos, pero no todos los ginecólogos son obstetras, aunque no es lo común. ¿Cuáles son entonces las diferencias que distinguen a los ginecólogos/as de las matronas/es? Durante la recopilación bibliográfica y la construcción del marco teórico de este trabajo me ayudó mucho a esclarecer esta duda la tabla que comparte la asociación El Parto es Nuestro ([figura 6](#)) que extraen de Henci Goer, *Guía de la Mujer Consciente para un Parto Mejor* en el Ob stare a fecha de publicación del 2008. Así, podemos destacar cuatro diferencias principales.

Mientras que los ginecólogos son cirujanos especializados en las patologías de los órganos reproductivos biológicamente femeninos, centrados en determinados aspectos de la salud de las mujeres, las matronas son especialistas en la completa fisiología del parto, cuya formación les orienta a preservarla e integrar los aspectos psicosociales a la atención, con una perspectiva holística de la salud femenina.



La formación que reciben los ginecólogos es orientada a la intervención para la cura y solución de patologías, pudiendo llegar a ocurrir que muchas veces, al estar especializados en atención de embarazos de alto riesgo, extrapolen estas atenciones de manera inconsciente y rutinaria a casos de bajo riesgo, lo cual es potencialmente negativo y puede provocar un perjuicio y detrimento significativo tanto en cuanto que sus intervenciones tienden a ser invasivas con riesgos que provocan la valoración cuidadosa y concienciada de riesgos  beneficios. Sin embargo, en el caso de las matronas ellas no están tan orientadas a la intervención como si a la preservación de la normalidad del parto y acompañar y apoyar a la madre tanto física como psicológicamente, poseyendo múltiples formas sencillas y no invasivas de paliar y solucionar los problemas que se suelen plantear de manera tanto flexible como individualizada para cada mujer y cada parto. Dicho de otro modo, los ginecólogos en esta visión son formados bajo el paradigma biomédico mientras que las matronas lo estarían del paradigma humanista. Es, por estas razones principalmente por lo que las asociaciones de matronas reivindican su posición como guías de los embarazos y partos, pidiendo que los ginecólogos sólo intervengan en casos de extrema necesidad que precisen de la cirugía.

Por si fuera poco, Fernández Guillén desde la plataforma El Parto es Nuestro (2021) nos expone también algunos estudios internacionales muy interesantes sobre los diferentes actuares y los resultados que estos traen entre los embarazos y partos atendidos por las matronas y los que lo son por ginecólogos ya desde la década de los 90's. Así, algunos estudios a los que me referiré comparan la asistencia de las matronas / comadronas con la de los ginecólogos en los partos de bajo riesgo / normales, que evidencian que un mayor intervencionismo no implica beneficios; de hecho, aquellos alumbramientos asistidos por matronas obtuvieron resultados tan positivos o incluso mejores que los que fueron atendidos por un ginecólogo, teniendo una medicalización e intervencionismo considerablemente menor.

En pos de ejemplificarlos, compartiré las tres investigaciones que menciona la autora para exponer algunas estadísticas que contradicen las tendencias asistenciales obstétricas del MMH. El primer estudio de MacDorman, y Singh (1998) en Estados Unidos indicaba que la tasa de mortalidad en la primera semana del neonato en mujeres atendidas por matronas era tres veces menor que las atendidas por los ginecólogos; la tasa de muerte

durante el primer año de vida disminuía un 20% y además las probabilidades de nacer con infrapeso disminuía por tres.

El de Fullerton *et al.* (1996) realizado entre los años 1981 y 1992 en Los Ángeles recogen a 36400 mujeres de bajo nivel socioeconómico que fueron atendidas por matronas en una casa de partos. Durante su estancia, un 2% de ellas tuvieron una cesárea mientras que otro 2% tuvieron partos instrumentalizados -fórceps, ventosas, etc.-. A un 5% se le realizó una episiotomía y prácticamente más de la mitad, el 60%, conservaron intacto el periné y, al mismo tiempo, igual de positivos fueron también los resultados de los recién nacidos.

De igual manera, el estudio de Blanchette (1995) efectuó un análisis comparativo de los resultados perinatales de los servicios públicos de un hospital -atendido por matronas que asistía a 500 mujeres de bajos recursos- con las 600 mujeres que alumbraron en las clínicas privadas -atendidas por los mismos ginecólogos que supervisaban a las matronas-. El primer grupo de mujeres, *a priori*, presentaban las condiciones y factores necesarios para predisponerlas a las complicaciones; empero, sólo un 13% necesitó ser trasladada a practicarle una cesárea frente al 26% del grupo atendido por los ginecólogos. Además, la incidencia de cesáreas primarias en el primer grupo era del 11%, en contraposición al 19% del segundo y, por último, los datos neonatales no evidenciaban diferencias consustanciales entre ambas agrupaciones.

En conclusión, estos estudios, entre muchos otros procedentes de la medicina y de las ciencias sociales, refuerzan con evidencia científica los beneficios que tiene un modelo de atención al parto alternativo al modelo médico hegemónico.

Por último, sumergido en este debate conceptual y sus implicaciones entre los partos están las asociaciones y sociedades de agentes. Si bien hay una gran cantidad de ellas, expondré a cuatro de las principales de las asociaciones de matronas del territorio español, la mayoría de ellas -por no decir todas- autofinanciadas, las cuales cumplen un gran papel reivindicativo y son clave para la divulgación de sus saberes, posturas y beneficios, siendo cada vez más y más conocidas por las personas interesadas en la materia. Realmente es sorprendente la cantidad que hay de ellas no sólo en el territorio español, sino que es recalable cómo entre sí crean una red de apoyo, información y difusión de experiencias del embarazo, el parto, el puerperio como también de la reivindicación de la lactancia

materna. Además, queda patente cómo estas asociaciones se conocen y se divulgan entre sí, ya que dentro de las propias páginas de cada una de ellas aparecen los enlaces a otras, y así sucesivamente. En pos de lograr el mismo objetivo, los cambios de paradigma asistenciales en el embarazo, parto y puerperio tanto en la sociedad como por parte del Estado. Además, también es destacable que dentro de sus webs recogen unos foros ya no sólo de preguntas, sino también para que las mujeres compartan sus experiencias tanto positivas como negativas de sus embarazos, partos y puerperios con sus propias palabras; del mismo modo que la mayoría tiende a impartir talleres, jornadas, charlas y debates para cualquiera interesado. A la par, comentaré a dos sociedades españolas también sin ánimo de lucro de asociaciones de especialistas como neonatólogos, ginecólogos u obstetras y psicólogos, los cuales cumplen una función de transmisión y divulgación de otro tipo de conocimiento pero que no tiene que concebirse como antagonistas por necesidad de las asociaciones de matronas -salvo en cuestiones determinadas como cuando cuestionan sus conocimientos y procedimientos, por ejemplo-.

La *Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya (ALPACC)* se presenta en su página web de la siguiente manera: “*Somos comadronas que asistimos partos en casa, y cada una de nosotras tiene su propia trayectoria y forma de hacer y de organizarse. Tenemos en común que preferimos que el nacimiento de bajo riesgo sea lo más natural posible, fisiológico y respetuoso*” (ALPACC, 2013). Es una agrupación con diferentes saberes y experiencias que se juntan bajo la misma cosmovisión del parto respetado, logrando así que por cada mujer que desee dar a luz en su casa encuentre la matrona que más de ajuste a sus deseos y expectativas tanto en cuanto que el *habitus* de cada matrona no está formalizado y protocolizado de manera sistemática, sino que tienen una capacidad de agencia que les permite que, partiendo desde el mismo conocimiento base que es la fisiología y atención al embarazo, parto y puerperio desde la biomedicina, proceder a técnicas y asistencias más humanizadas en función de las experiencias y actúen que van viviendo y de las que igualmente aprenden e incorporan estos nuevos conocimientos a su desempeño. Explicitan que los propósitos que buscan lograr son de promoción, protección<sup>12</sup> y apoyo al parto en casa, defender los derechos de elección, apoyar a las

---

<sup>12</sup> Muy curioso cómo en su discurso adoptan el término de protección de la práctica del parto domiciliario, transmitiendo con el término que esta tipología del parto es subalterna, estigmatizada, señalada y excluida de la sociedad española y del Estado producto del MMH, creando prácticamente un ostracismo en torno

comadronas, formarse y actualizarse en los conocimientos en torno a la reproducción y la salud sexual, la creación y mantenimiento de los vínculos entre los profesionales del parto en casa y la sanidad pública para la mejor atención de ambos servicios (ALPACC, 2013). Al indicar que buscan beneficiar no sólo al parto en casa, sino a la sanidad pública logran una visión holística del sistema asistencial hospitalario, entendiéndose pues como un aporte sumatorio para la red de atención y cuidado de la salud del territorio español y no como un detrimento y oposición categórica a este.

La *Asociación Nacer en Casa* cuenta con 34 años de existencia en España ya que se creó en 1988<sup>13</sup> con la voluntad de recoger a los profesionales que luchan a favor de la recuperación<sup>14</sup> y promoción del parto domiciliario. Uno de sus logros más relevantes es el de ser una asociación que cuenta con el 90% de los profesionales españoles del parto domiciliario; el divulgar esta tipología de alumbramiento como una alternativa válida, segura, al nivel del parto hospitalario, resultado de la respuesta a las demandas y necesidades de las mujeres, parejas y bebés; crear materiales propios y una marca y huella en las redes sociales, formando por consiguiente redes de conocimiento junto con el Ministerio de Sanidad donde el flujo de información y saberes es dinámico *in continuum* debido también a la implementación y coordinación de encuentros para el debate así como finalmente, cito textualmente “*fomentar el cuestionamiento del actual modelo asistencial imperante*” (Asociación Nacer en Casa, 2017). Además de ser una gran eminencia dentro de las voces que defienden el parto domiciliario, también en su web presenta un despliegue de la red de matronas adjuntas a la asociación entre las cuales elegir, contactar y calificar para las familias que desean cumplir la opción de un parto en el hogar.

Otra gran agrupación y con gran presencia en las redes -en especial en el grupo de Facebook donde cuentan con 12570 seguidores en la fecha en la que estoy redactando estas líneas, junio de 2022- es la sociedad catalana *Dona Llum-Associació Catalana per un Part Respectat*. Se identifican como: “*una asociación de voluntarias sin ánimo de*

---

a ella buscando que se conozca lo mínimo posible y, de ser capaz, su desaparición al concebirse como una amenaza, un enemigo del bienestar social que el MMH defendería.

<sup>13</sup> Recuerdo al lector / lectora que este es el mismo año en el que el académico Menéndez publicó en México su trabajo sobre el Modelo Médico Hegemónico, y años donde comienza a surgir la crítica hacia este paradigma a nivel global.

<sup>14</sup> Al igual que ocurría con el término de proteger que nos proporcionaba la ALPACC, aquí el concepto de *recuperar* también sustenta la idea de que el nacimiento en casa ha sido relegado al ostracismo y la excepcionalidad, pero además añade el cariz de que este en el pasado -antes de la estipulación del MMH- estaba en el discurso y se planteaba como las alternativas legítimas de asistencia.

lucro creada en 2006 y formada mayoritariamente por mujeres unidas por el convencimiento de que las madres y bebés deben recibir una atención digna y respetuosa durante el embarazo, el parto y el puerperio en Cataluña” (DONA LLUM, 2017). En su web reservan un link sólo para exponer un manifiesto en cuyo discurso transmiten su cosmovisión del parto compartida entre sus miembros y donde proclaman las mejoras asistenciales que se deben implementar para el cumplimiento de sus finalidades, el cual puede leerse -y recomiendo que así se haga- a través del link que recojo en la bibliografía. Tras realizar una traducción al español ya que el manifiesto original está en catalán, citaré las partes de la declaración más llamativas que considero resumen bien el paradigma del que parten:

*“La Asociación Catalana por un Parto Respetado reclama una atención sanitaria al embarazo, parto y postparto basada en la fisiología (...) empoderamos la autoestima de las mujeres hacia sí mismas, sus capacidades y sus cuerpo. Una atención sanitaria (...) donde las profesionales de referencia son las comadronas, restringiendo la presencia de obstetras en las situaciones patológicas donde su intervención sea indispensable. El ratio en las salas de parto debe ser el de one-to-one (...) unos porcentajes de intervenciones de acuerdo con las recomendaciones oficiales y directamente vinculadas a la mejor evidencia científica (...) una asistencia sanitaria obstétrica basada en la empatía, la horizontalidad y el respeto absoluto a nuestros derechos humanos como mujeres y personas (...) especialmente en aquellas ocasiones cuando el criterio médico y el de la mujer no coinciden. Es precisamente en momentos como estos cuando se demuestra la capacidad real de empatía, escucha y acompañamiento a nivel humano y profesional (...) una sanidad exclusivamente pública, donde todas las opciones (hospitalaria, domiciliaria y casas de parto) están incluidas en la cartera de servicios y disponibles (...) en definitiva, queremos una Cataluña donde el embarazo, el parto y el puerperio son eventos saludables durante los cuales las mujeres decidimos entre todas las opciones en libertad, con información y sin miedo, y que podemos vivir con alegría”*

(DONA LLUM, 2021. *Manifiesto*)

Un comunicado potente claramente crítico con el protocolo asistencial hegemónico actual el cual pretenden humanizar, donde explicita claramente que no criminalizan el parto hospitalario porque este también es una alternativa legítima más para las mujeres, sino su proceder y la concepción patologizante del embarazo y el parto que tienen; es decir, del paradigma biomédico que nos exponía Menéndez en su obra de 1988.

En adición, la asociación *El Parto es Nuestro* surge también como otro gran apoyo y medio de divulgación y reivindicación de la humanización del paradigma de atención actual. Nacida en 2003 con el objetivo principal de ayudar a las mujeres víctimas de partos y cesareas traumáticas y de divulgar información basada en la evidencia científica, fue recogiendo las diferentes experiencias y alegatos de las mujeres -en su mayoría traumatizantes por los malos tratos o intervenciones innecesarias- para reclamar el respeto y cumplimiento de los derechos de la madre y el bebé, mejorando la atención obstétrica y promocionando las recomendaciones de la OMS respecto a la asistencia al nacimiento, del mismo modo que ayudane incetivan los beneficios de la lactancia materna; de ahí que su lema sea “*El Parto es Nuestro, ¡qué nos lo devuelvan!*” (El Parto es Nuestro, 2022. *¿Qué somos?*).

Crea, organiza y participa en múltiples reuniones y campañas para lograr el fomento de su existencia, que se conozca y donde las familias se puedan instruir en sus alternativas y decidir con base en ellas -de hecho, en las búsquedas en google de la asociación aparece como primera opción y su título *El Parto es Nuestro | Infórmate y decide*-. En su página tiene múltiples pestañas categorizando la información en función de lo que se busque -una para el parto, otra para el embarazo, otra para el postparto, una con los estudios y estadísticas de la problemática, una para localizar el grupo local más cercano para las reuniones “*de madres (y futuras madre) donde se brinda apoyo e información sobre el embarazo, el parto y la lactancia*” (El Parto es Nuestro, 2021) ya no sólo dentro de nuestras fronteras sino también en Argentina y Ecuador, añadidos estos en 2015-. Y, de nuevo, también cuenta con un apartado de relatos para compartir las vivencias surgidas a otras mujeres. En sus palabras, son “*un organismo multidisciplinar que nace de la necesidad de denunciar públicamente la incidencia de las prácticas que constituyen este tipo de violencia, de la que no sólo son víctimas las mujeres, sino también quienes las rodean y los y las profesionales dedicados a la salud y la atención de la mujer en todas las etapas de la maternidad*” (El Parto es Nuestro, 2021). De tal manera, se configura no con un solo grupo determinado de agentes como puedan ser los psicólogos, las matronas o las familias; sino que estos provienen de diferentes campos, con sus propios saberes y proceder, logrando una suma y conjunto articulado que se retroalimenta entre sí donde pueden reconocer que el uso indiscriminado y legitimado por el MMH de las prácticas del paradigma biomédico repercuten ya no sólo en las mujeres en primera instancia, sino

también en sus redes sociales y en los profesionales asistenciales que están en contra de estos procedimientos, evidenciando el potente peso relacional que tiene la salud. Además, me resulta de grato interés cómo tienen un apartado de *qué no son*, donde dejan en claro que no están buscando anteponer una tipología de parto sobre otra, al igual que no defienden un parto sin asistencia. Buscan pues sumar a través de la crítica, no contraponer.

Por último, para resaltar la importancia que esta asociación ha tenido en la defensa del parto respetado remito al trabajo de la antropóloga Sánchez Rodríguez (2021), quien entrevistó a la abogada y cofundadora encargada del apartado legal de la asociación, Francisca Fernández Guillén. En su entrevista Sánchez recogió las palabras de Fernández con las cuales se refería a la asociación:

*“El Parto es Nuestro ha sido el inspirador y promotor de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (...) y después ha tenido un trabajo de recopilación de los testimonios de las mujeres esencial (...) y además ha sido una organización pionera en Europa y en el Mundo”*

(Fernández Guillén, F. En Sánchez Rodríguez, M. 2021)

Mencionaré tres asociaciones más con el paradigma humanista para no alargar más este trabajo, recalcando de nuevo que son algunas de las muchas existentes y que se pueden encontrar con una investigación relativamente sencilla en las redes. Así, la *Asociación Española de Psicología Perinatal (AEPP)* es una asociación madrileña de psicólogas cuyo principal interés son los aspectos psico-afectivos que se crean y expresan en torno a la concepción, el embarazo, el parto, el postparto y la crianza temprana partiendo desde una base de la *“perspectiva psico-bio-social, velando en todo momento por el respeto a los derechos de la madre, del bebé y de la familia”* (AEPP, 2017). En definitiva, observamos gracias a ello que tienen un discurso que parte de la medicina y biología del modelo médico hegemónico, pero al que complementan y critican desde el paradigma humanista al añadir a la ecuación el componente social, siendo una alianza de ayuda a favor de un cambio a mejor en la atención psico-sanitaria. Otra entidad relevante es la *Federación de Asociaciones de Matronas de España*, creada en 2003 en Valencia, la cual tiene entre sus finalidades el representar a las distintas asociaciones de matronas - que no las matronas a nivel individual- y a la propia federación frente a las instituciones y organismos estatales tanto en un nivel nacional como desde una perspectiva más macro

al promover su difusión internacional, influenciar en el desarrollo e implementación de la educación y prácticas de las matronas, contactar con diferentes asociaciones, sociedades científicas, entidades profesionales, crear una calidad en el cuidado y apoyo de la salud integral de la mujer -con especial interés en la salud sexual y reproductiva- así como también de la salud del recién nacido (FAME, 2021) y, también mención a la *Plataforma Pro Derechos del Nacimiento* (PDN) que aboga por la promoción de los derechos existentes a la hora del alumbramiento con mayor protagonismo esta vez ya no tanto en la madre o la familia como sí en el recién nacido dentro del ámbito nacional español. Trabajan además con veinte asociaciones más -ALPACC, la Casa de Nacimientos Migjorn, Nacer en Casa, etc.-. En sus palabras, *“las embarazadas pueden dar a luz en varias ocasiones, sin embargo cada ser sólo nace una vez. Velar por un nacimiento amoroso es nuestra misión. Recibir a todo nuevo ser con la mejor bienvenida es indispensable para cambiar la manera de vincularnos”* (PND, 2022). Esta última frase es muy parecida al conocido mantra del obstetra francés Michel Odent, uno de los principales representantes internacionales del parto natural y con la menor intervención posible. Decía que *“para cambiar el mundo primero hay que cambiar la forma en la que nacemos”* (citado en el blog Coolsilkara, 2016). Esta frase aparece de hecho en varias de las asociaciones de matronas y de la defensa del parto respetado -como por ejemplo en la cabecera de la página web de Dona Llum, traducida al catalán-.

Como antepenúltimo agente está la *Sociedad española de Neonatología* (SENEO), la cual es una asociación sin ánimo de lucro, médico-científica formada por el conjunto de pediatras especializados en los neonatos que busca promover y potenciar el desarrollo de la Medicina Neonatal en múltiples aspectos, ya sean asistenciales, docentes, de investigación y de participación institucional tanto en un plano social intra- e internacional (SENEO, 2022). En específico, menciono algunos de los fines que publican en su web: *“fomentar el desarrollo de la Neonatología y la Medicina Perinatal en sus facetas preventivas, asistenciales, de formación, docencia e investigación, asegurar los derechos del recién nacido de riesgo y enfermo a ser asistido en instituciones y por personal sanitario (...) velar por la salud y el bienestar físico, psíquico y social del nonato y neonato, función de asesoramiento a entidades y organismos estatales de salud, públicos, privados o jurídicos así como también a otro neonatólogos, transmisión social de las recomendaciones oportunas de prevención y asistencia, creación de comités y*



*comisiones al igual que Congresos Nacionales Oficiales, etc.”* (SENEO, 2022). Si bien reitera varias veces el término de *prevención*, el cual, de nuevo, no es un problema porque es innegable que “más vale prevenir que curar”, el problema es hasta qué punto por prevenir unos imprevistos y riesgos que nunca llegarán a ser cero se puede justificar determinadas prácticas bajo la cosmovisión biomédica.

Finalmente, la última entidad a la que voy a nombrar y la cual ha tenido varios enfrentamientos de opiniones con asociaciones es la *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. Fundada en 1874, siendo la más antigua de Europa de la especialidad, tiene como objetivos el “*estudiar a la mujer en los diferentes estados de su organismo*”, resultándome curioso cómo utilizan un término tan técnico y biológico como organismo, evidenciando con este tecnicismo cómo la sociedad está configurada por y bajo las ciencias naturales. Por mencionar algunos de sus estatutos actuales sobre sus objetivos están la búsqueda del progreso científico tanto de la ginecología como de la obstetricia, impulsar reformas en pos de la mejora de calidad asistencial sanitaria, desarrollo de la docencia, formación e investigación de ambas especialidades, representar ante las entidades públicas, privada y gubernamentales el interés científico-asistencia, la defensa de los intereses generales de sus miembros, divulgar y comunicar sus opiniones y/o dictámenes respecto a temas deontológicos, científicos, profesionales y/o legales que apelen o afecten a los profesionales o a la especialidad, etc. (SEGO, 2022). Bajo el paradigma biomédico que le rige, en 2018 el Consejo Rector y Asesor del Comité Científico publicó en su página web uno de los comunicados internos altamente controvertidos y respondidos por parte de las asociaciones, negando la existencia *de facto* de la violencia obstétrica, titulado *Violencia Obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable*. Cito:

*“Mientras la SEGO no se vea implicada directa y explícitamente por aquellos/as que exteriorizan sus opiniones sin plantear acciones legales ante un delito recogido en nuestras leyes como es cualquier tipo de VIOLENCIA, no se va a sentir aludida” y “En el parto, cada individuo se enfrenta de forma solitaria a su destino en 10 centímetros de vagina, está en nuestras manos acompañarlo y ayudarlo a enfrentarse al resto de una vida de 80 años con la mejor adaptabilidad, salud e independencia social”*

(Recogido en Martínez y Rodríguez, 2021. *La violencia obstétrica negada en España*).

Es un discurso que apela a la denuncia de estas prácticas por parte de las víctimas usando las leyes existentes, sin dar cabida a la realidad de que las leyes no son perfectas, que exista *de iure* una defensa al paciente que condena las prácticas no excluye el hecho de que *de facto* existen vacíos legales que permiten determinadas prácticas innecesarias y/o traumáticas sin realmente evidencia científica, como por ejemplo ocurre con la *carta del bebé muerto*, un argumento por el que en base a que la vida del bebé está en riesgo se justifican diversas prácticas, incluso llegando a pasar que si decides dar a luz en tu hogar asistida por una matrona, siendo de bajo riesgo y habiendo asistido a todas las ecografías y revisiones necesarias, la policía pueda llevarte al hospital para que te atiendan allí bajo la denuncia de tu ginecólogo (López Trujillo y López, 2019). Del mismo modo, el término individuo es altamente individualista -valga la redundancia-, donde hace denotar que ante todo siempre se prima al bebé donde la madre no cumple un papel dentro del parto y se reduce a los “10 centímetros de vagina”.

Tal y como indica la asociación de El Parto es Nuestro, “...la vida de los bebés, como todas las vidas, siempre ha estado en riesgo. Pero el derecho de las madres a decidir sobre sus cuerpos libremente no puede anularse bajo el argumento del posible riesgo para el bebé en su vientre” (El Parto es Nuestro, 2022. *El Parto es Nuestro pide que NO SE LEGALICE la “carta del bebé muerto”*). Nuevamente, una crítica a la evidencia del discurso profundamente presentista y patologizante del embarazo y los partos que el modelo médico hegemónico proyecta sobre estos. Como digo, es inequívocamente un discurso del paradigma biomédico, hegemónico tanto en cuanto que reniega y deslegitima los discursos subalternos; empero, estas posiciones críticas con el prisma asistencialista hegemónico no iban a callarse. Así, el comunicado de la SEGO obtuvo una alta cantidad de respuestas de asociaciones que repudiaban las palabras de la sociedad, como ocurrió con El Parto es Nuestro -titulado *La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) niega la Violencia Obstétrica. El Parto es Nuestro Responde* (El Parto es Nuestro, 2018), Dona Llum -*Comunicat de Dona Llum sobre el comunicat de la SEGO en relació amb la violència obstétrica. La SEGO ejerce violencia obstétrica en un comunicado donde dice que la violencia obstétrica no existe* (Bg, M. en Dona Llum 2018) y Martínez y Gandolfi (2021). *La violencia obstétrica negada en España*). En estos comunicados de respuesta las asociaciones evidenciaban la cantidad de leyes y casos existentes a los que acogerse, así como los reconocimientos legales que tiene la violencia

obstétrica, evidencia por las cuales no tiene sentido negar su existencia. De hecho, tal y como indican las asociaciones, este comunicado sólo consigue reafirmar lo que venían defendiendo:

*“Reiteramos nuestro reconocimiento a los avances en la atención y por supuesto no negamos la utilidad de la intervención médica en los casos en que es necesaria **conforme la evidencia científica**. Negarnos nuestra propia vivencia y el discurso sobre nuestra realidad no hace otra cosa que confirmar lo que denunciamos”*

(El Parto es Nuestro, 2018<sup>15</sup>)

*“Sobre el reto de saber que cualquier situación de salud es susceptible de enfermar y los cribados: Esto es un ejemplo del enfoque patologizador de la SEGO. La misión médica puede perfectamente centrarse en una perspectiva salutogénica de promoción de la salud. Y teniendo presente que siempre somos susceptibles de enfermar, también tendríamos que incorporar la autocrítica y asumir que muchos de estos cribados de prevención y determinación no son basados en evidencia y son en efecto iatrogénicos, razón por la que no se practican en países donde la atención obstétrica se basa en evidencia”*

(Bg, M. en DONA LLUM, 2018)

Ante esta situación, con un lenguaje más suave y asertivo, pero igualmente de rechazo al concepto, en 2021 la SEGO compartía y se adhería a las palabras del comunicado del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos respecto a la violencia obstétrica el cual catalogaba al término de:

*“(…) inapropiado, tendencioso e injusto por su significado jurídico doloso, como intención de causar daño, ánimo de lesionar, empleo de fuerza o amenazas, tipificable penalmente, que debemos rechazar por completo. No debe confundirse en modo alguno la praxis inadecuada con las expectativas de parto no cumplidas. Sin embargo, es **un término que ha permitido poner de manifiesto las experiencias desagradables de muchas mujeres y posicionarlo en el debate público**”*

(Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, 2021)

Si bien al menos el CGCOM reconoce que es un término que ha ayudado a las transmisión y exteriorización de experiencias de las mujeres y participar en el debate

<sup>15</sup> Resaltado y subrayado realizado por la propia página.

público, decir que estas son desagradables es un adjetivo muy laxo para las experiencias traumáticas que se comparten. No todas tienen las mismas repercusiones ni se perciben igual por la mujer, pero definitivamente *desagradable* no sería la palabra más adecuada que yo utilizaría para expresar las vivencias y relatos de las madres víctimas de un paradigma médico que no les ha permitido vivenciar un parto respetado.

En definitiva, estas son algunas de las asociaciones y sociedades españolas principales en el debate entre dónde y cómo se consiguen y conciben los partos respetados, comprendiendo el parto domiciliario como ejemplo de respuesta subalterna al modelo médico hegemónico, con las ventajas e inconvenientes que cada uno de los grupos otorga y entiende a este tipo de parto.

Ahora bien, ¿cómo se han ido conceptualizando los partos a lo largo de la historia? ¿siempre ha sido el parto hospitalario el hegemónico? ¿Las voces subalternas han tenido más, menos o igual presencia que ahora? Como indicaba al inicio del ensayo, el parto es una vivencia ampliamente ritual y cultural, razón por la que ha ido evolucionando junto con las sociedades y los paradigmas dominantes de cada momento, producto -en este caso- de la propia concepción del cuerpo y sus procesos. Según el sociólogo y antropólogo Le Breton, este planteamiento de la corporalidad está conformado por los contextos socioculturales en los que nos hallamos inmersos, y el cuerpo sería “... *ese vector semántico por medio del cual se construye la evidencia de la relación con el mundo*” (Le Breton, 2018: 09). De tal forma, el cuerpo y la reproducción de éste se configuran bajo unas circunstancias materiales, políticas y socioculturales determinadas que fijan un modelo específico de atención sobre este, y en consecuencia “... *produce unas determinadas ideologías de la maternidad y la paternidad*” (Blázquez, 2005: 04), ideologías que marcarían en este caso cuál es el ideal y la manera correcta de vivir y transicionar a la maternidad a través del parto.

Los cambios y transformaciones conceptuales y prácticas que ha sufrido el parto que siempre han ocurrido en largas series históricas, sobre todo en las décadas precedentes, llegan hasta el nivel de que éste se “... *traslade a los hospitales tras la Segunda Guerra Mundial*” (Hernández y Echevarría, 2016: 02). Con la llegada de la Modernidad se instaura la filosofía productivista del parto, donde el objetivo y lo que hay que lograr a toda costa no es tanto el bienestar maternal sino conseguir a través de

esa madre el producto final, un bebé sano (Blázquez, 2009), reduciendo a la mujer a un cuerpo patologizado y con riesgos inherentes sobre el cual la medicina debe actuar porque anda en juego la vida del futuro neonato y redefiniendo el parto como un evento médico que lo problematiza y legitima. Así con el intervencionismo emerge la iatrogenia,<sup>16</sup> provocando que las mujeres desconfíen de sus propios cuerpos y tengan miedo, quedando completamente supeditadas al actuar médico debido a que sufren “... *una enculturación del cuerpo en base patológica*” (Hernández y Echevarría, 2016: 10). Empero, ¿hasta qué punto la noción del embarazo y el parto patologizado y riesgoso se debe a características inherentes físico-biológicas? ¿No puede ser, como defendía Castrillo (2016), que respondan más a la construcción y cosmovisión biomédica que lo concibe así más que deberse a la naturaleza *per sé*? Y añadido, ¿hasta qué punto sería justificable *en pos* del bienestar de la madre y el bebé que, pudiendo existir o no un riesgo, el tratar a la madre como agente totalmente pasivo sin llegar a empoderarla ni respetar sus decisiones informadas y apoyadas? Vemos que se crean así dos posturas paradójicas entre los profesionales sanitarios y las futuras madres (Suárez y Puertas citado en Hernández y Echevarría 2016) donde los profesionales sanitarios reclaman desde la biomedicina la asistencia y atención en el cuerpo de la mujer, a la par que éstas lo que reivindican son necesidades no tanto biológicas como si simbólicas, emocionales y afectivas.

Del mismo modo, otra característica que tiene la Modernidad en la concepción del parto, como indica Cardús citando a Bauman, es que este control que se ejerce sobre la propia vida para enfrentarse a la muerte y superarla es la creación de un “... *culto a la estética y una negación o rechazo al dolor*” (Cardús citando a Bauman, 2015: 130), que, en lo relativo al parto, es lo que más se teme y evita, siendo la epidural casi la única razón por la que asistir al hospital ya que sería un sinsentido sufrir dolor pudiendo paliarlo. Más aún, esto se debe a que la percepción del dolor, más allá del umbral biológico de cada persona, está subordinado y guiado por la educación (Zborowski, 1952, citado en Cardús, 2015: 141). Por ende, se explican las diferencias entre los países que evitan el dolor, en especial en el parto, -como Estados Unidos o

---

<sup>16</sup> Daño provocado por parte del profesional sanitario a sus pacientes por querer diagnosticar, prevenir, tratar, aliviar, así como también puede deberse a un intervencionismo exacerbado, sin que se prejuzgue que por ello haya podido haber negligencia.

España- y aquellos que lo entienden como parte del propio proceso -como pueda ser Polonia, Reino Unido o Alemania-, donde estos últimos países tienen menores niveles intervencionistas a la par que conciben el parto domiciliario o las casas de parto como alternativas legítimas.

Por si fuera poco, el intervencionismo que promulga el paradigma biomédico puede hacerse tanto en un plano práctico-físico (inducciones mecánicas y/o medicalizadas, cesáreas, episiotomías...) o en un nivel simbólico (medicalización indiscriminada, sujeción de la embarazada para su total pasividad, culpabilización de su dolor, control de su sexualidad, etc.-, logrando “... *cierta invasión de los propios sentidos maternos, en el sentido de que los cables, los bits de las máquinas, sustituyen, y en cierta medida suplantán, las identidades corporales*” (Hernández y Echevarría, 2016: 07), produciendo que los profesionales sanitarios puedan apropiarse de los cuerpos de las mujeres (Blázquez, 2005: 08) debido a ese miedo, esa desconfianza, esa repulsa al dolor al que se les ha educado; miedo que sigue siendo persistente aun siendo una era donde el embarazo tiene un seguimiento eficaz para detectar cuando existen riesgos reales y alteraciones hasta prácticamente una semana antes del parto; unos avances y conocimientos que en otros países son entendidos como un apoyo y una garantía de la seguridad del parto domiciliario y en las casas de parto asistidos, pero que en el territorio español aún en el discurso hegemónico lo ven como alternativa.

No obstante, hay varios estudios que comienzan a surgir desde los 70 y con especial presencia en España a partir de los 90 como muestra del incipiente viraje paradigmático que comienzan a desmitificar y recuperar la reputación de los partos extrahospitalarios y la cosmovisión humanista como la solución para la mejora asistencial y su aplicación refleja estos resultados positivos desde antes de la llegada de la pandemia. Por ejemplo, el Hospital de Torrejón en un documento de 2015 ([figura 7](#)) analizaron los indicadores de calidad de su programa del Parto respetado, atendiendo un total de 2434 partos. Resalto alguno de los datos más relevantes: El 63,86% de los partos fueron eutócicos, sólo un 18,38% cesáricos y un 17,76% instrumentalizados. La epidural se aplicó en un 62,4% de ellos y un 27,43% fueron sin analgesia. Entre las múltiples posturas que permite el hospital para el expulsivo estarían un 31,3% en semiflower, 14,9% en litotomía, un 5,01% decúbito lateral, 9,53% en sillas de parto, un 2,98% en cuadrúpeda, 1,39% de pie y un 1,84% en la

bañera de partos, teniendo muy bajos niveles de desgarros, un solo 12,11% de episiotomías, y también daban la opción de las mujeres con cesáreas previas de intentar el parto vaginal. En total, se dieron un 17,9% de cesáreas programadas y una alta tasa de parto vaginal del 72,41%.

Por desgracia, aún son muy pocos y escasos los datos respecto a los partos domiciliarios, llegando a ser minoritarios y residuales ya que en España es uno de los países con menor incidencia. A pesar de ello, según las asociaciones de matronas las cantidades van en aumento y más desde el COVID-19, como mostraré con los testimonios recogidos de las propias asociaciones de matronas.

En el resto de Europa, como decimos, el embarazo y el parto tienen una cosmovisión humanista y más holística de los procesos biológicos en donde prima la no intervención a menos que sea por causa totalmente justificada y la importancia simbólica de éstos, pues se concibe como un momento de máxima intimidad para compartir con la familia basados en modelos *one-to-one*. Encontramos pues una amplia tipología de los partos en el Viejo Continente, siendo los que mejores datos presentan Alemania, Inglaterra, Holanda, y Suiza -entre otros países centro y nordeuropeos; donde tienen una menor tasa de cesáreas, de mortalidad y de respeto y libertad por y para la mujer-.

Por exponer algunos de los datos, en Inglaterra hace 20 años la situación asistencial al embarazo y parto era muy parecida a la española, pero en 1993 un decreto estatal realizó un cambio radical de paradigma en nombre de la campaña *Changing childbirth*, la cual potenciaba los ambientes íntimos y acompañados incluso dentro del hospital donde se respetan todas las libertades y derechos de la mujer y el recién nacido y, en caso de haber complicaciones, es cuando se recurre a la figura del ginecólogo/a. Rompen así con la jerarquía entre ginecólogo-matrona. Además, algo muy curioso es que por cada familia se asigna un equipo de cinco matronas para que siempre haya alguna persona de confianza asistiendo a la madre a la par que el propio gobierno inglés contempla y apoya la decisión de los partos extrahospitalarios y entran dentro de la seguridad social británica siempre y cuando sea un embarazo y parto normal sin riesgos justificables por evidencia científica.

En Alemania tienen lo que se conoce como la Red de Casas de Nacimiento, donde cuentan con aproximadamente ciento veinte. Para acceder a ellas es preciso cumplir con un seguimiento del embarazo para asegurarse que este es saludable. Aquí el movimiento por el cambio de paradigma se inició en los 80's en la capital por cuenta de varias matronas que, a través de la divulgación de los relatos de diversas mujeres sobre las prácticas innecesarias y las vejaciones sufridas, exigían un cambio. Los profesionales sanitarios del paradigma biomédico germano desaconsejaban la opción de tener un parto domiciliario ya que dispararían los niveles de mortalidad, pero esto no ocurrió. Paulatinamente se logró una integración de las casas de parto en el sistema nacional de salud en colaboración por convenio con varias clínicas sanitarias próximas a las casas a las cuales recurrir en caso de necesidad de traslado urgente por imprevisto. En 2005, estas casas de parto llegaron a atender 40.000 nacimientos, de los cuales 6% sufrieron episiotomías, 4% terminaron en cesárea y el traslado al hospital por emergencia constituía un 10-13% del total. (Fernández del Castillo, 2021).

El último en comentar es el caso holandés, cuyo sistema de atención al parto es referente para las asociaciones internacionales que aspiran a implementarlo en sus naciones al ser uno de los países que más persigue la humanización asistencial, siendo de hecho el único país que durante la Modernidad no implementó un sistema de completa medicalización y luego comenzó a desmontarlo, ya que conciben y educan en que el dolor es parte inherente del parto, pero por cada dolor de contracción se está más cerca del bebé. Las matronas tienen gran independencia y autonomía en una relación horizontal equitativa y de colaboración con el ginecólogo/a. Un 30% de las mujeres holandesas dan a luz en el domicilio y, aquellas que deseen un parto hospitalario sin un motivo médico determinado deben pagar por él -paradójicamente con el caso español-. Además, reconocen el postparto como una etapa más a la que atender, proporcionando un apoyo físico-emocional y consejos de crianza e incluso de lactancia durante el primer mes con una matrona o *doula* en el hogar si así se desea; apoyo que en las sociedades más tradicionales cumplían los grupos y la familia, pero que debido a la implementación del individualismo y MMH este se apartó y obvió, viendo el gobierno holandés aquí una oportunidad de repotenciarlo. Plantea sagazmente la autora si no es esta la causa principal de la epidemia de la depresión postparto (Fernández del Castillo, 2021). No obstante, el sistema evidentemente no es



perfecto y tiene oportunidades de mejora, como que no existen los obstetras de guardia por la noche o que las ecografías y los seguimientos de control del embarazo son muy escasos, dificultando la capacidad de detección precoz de enfermedades y posicionamiento en el bebé.

Los países europeos que peor humanización tienen aún en la asistencia sanitaria del embarazo y el parto, aún regidos bajo un paradigma altamente biomédico, son los del Mediterráneo -España, Portugal<sup>17</sup>, Italia, Grecia...- donde aún no se ha logrado el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS.

Si bien es cierto que poco a poco el contexto español está lenta y sutilmente empezando a percibirse una posibilidad de cambio de paradigma, la falta de matronas como eje central de la humanización del parto y de sus sueldos y atención para evitar el *burn-out*<sup>18</sup> (Quirón Prevención, 2018) impide el avance del movimiento y que gane mayor reconocimiento institucional. Aún con todo, la existencia de estas asociaciones y de las familias que luchan por el cambio de sistema asistencial evidencia la entrada en crisis que lleva años produciéndose del MMH: “*Como dice Gramsci, puede verse los vestigios de lo que se va (y se condena públicamente como el exceso de cesáreas y de intervencionismo) y lo que viene (la nueva “moda” del parto en casa, respetado, animal)*” (Castrillo, 2016: 07). ¿Se habrá mantenido así la tendencia aún con la llegada de la pandemia? ¿Cuáles son las opiniones de las familias y de los profesionales? Estudiémoslo en el siguiente apartado.

---

<sup>17</sup> Indica Fernández del Castillo que de hecho Portugal tiene una tasa cesárica del 30% -frente al 10/15% que recomienda la OMS- y hasta llega a multiplicar por cuatro la mortalidad materna en comparación con los países nordeuropeos.

<sup>18</sup> Un determinado tipo de estrés laboral que produce un enorme desgaste tanto emocional como físico. Provoca problemas de autoestima, pérdida de interés en el trabajo y responsabilidad, y puede llegar a provocar en determinadas ocasiones una depresión grave.

## 2. Éramos pocos y llegó la pandemia. Era COVID 2020. Partos hospitalarios y domiciliarios en el confinamiento: ¿Varianza de discursos? ¿Nuevas tendencias y grupos de confianza? Ajuste de los protocolos y su articulación legal.

**“Cuando nos confinaron fue tremendo, el teléfono no hacía más que sonar”**

(Inma Sarriés, vocal de ALPACC. RTVE, 18/02/2021)

Como veníamos mostrando, el paradigma biomédico produce en las mujeres, y con más virulencia en su embarazo, una enculturación sobre su propio cuerpo que le hace estar completamente llena de dudas, miedos e inseguridades por los cuales depositan toda su confianza en los profesionales sanitarios y se vuelven agentes pasivos de sus propios partos.<sup>19</sup> Pero, ¿y si el lugar hegemónico para la atención por su seguridad y proceder, como es el hospital y el modelo médico hegemónico, se convierte en una opción a la que cuestionar su garantía ante la llegada de una pandemia y una seguridad social colapsada que no puede asegurar con certeza el cumplimiento de todos tus derechos y los del bebé? Era muy difícil saber cómo proceder porque los protocolos iban variando a medida que salían nuevas informaciones e investigaciones, datos que aún a día de hoy pueden llegar a considerarse escasos como es normal en un evento tan reciente.

El parto domiciliario venía siendo concebido por una amplia parte de la sociedad de una manera intrincada con apelaciones al pasado y también en cierta medida con el concepto de clase. Se le concibe como un sinónimo de atraso, que apela a los tiempos en los que se daba a luz en los pueblos dentro de los hogares.<sup>20</sup>

Así, que sigan existiendo esta modalidad de partos en la actualidad, bajo la hegemonía del modelo médico hegemónico, se entiende respecto a nociones de egoísmo, desinformaciones e incomprensiones, principalmente porque cuando se habla de partos

<sup>19</sup> Incluso la deposición total de la confianza llega al punto de que la mayoría de mujeres no busquen información pormenorizadamente y de forma concienciada sobre cómo funcionan sus sexualidades y su reproducción, bien por considerarlo un tabú, bien porque no se concibe como necesario ya que si tuviesen algún problema recurrirían al médico; en otras palabras, en caso de querer buscar información sobre la fisiología, tratamientos y alternativas de su cuerpo, sólo la buscarán si procede del MMH.

<sup>20</sup> Paradójicamente, en el presente quienes se pueden permitir el parto domiciliario, al no estar este recogido como una alternativa a la seguridad social, tienden a ser familias que pueden permitirse esos recursos -de forma más o menos distendida-.

domiciliarios en las noticias de prensa o televisión se hacen o de forma negativa o sensacionalista ya que se surgen con base en noticias desfavorables y los titulares no recogen los matices.

Por ejemplo, la noticia de 2018 donde falleció un bebé en Vigo durante un parto en casa porque venía en podálica (Huarte, 2018). Los padres ya tuvieron exitosamente este tipo de parto anteriormente, pero el hospital que le realizaba el seguimiento a la madre defendía que ésta renunció a su seguimiento del embarazo en el último mes gestacional y que estaba siendo asesorada por una persona que no era profesional sanitaria.

Otro ejemplo es el caso que comenté anteriormente con López y López (2019) donde a una mujer asturiana le obligaron a tener un parto hospitalario contra su voluntad estando de 42 semanas embarazada. Los matices son los dados por María Emilia Sousa, abogada especializada en negligencias sanitarias y derechos al parto. Indica que se estaría ante un embarazo y parto normal, donde no se corría riesgo sobre la madre ni el bebé, cuando la madre sí fue a todas las revisiones ginecológicas y estaba asesorada por una matrona, por lo que tenía todos los derechos para decidir cómo y dónde dar a luz. Los autores sostienen que: *“Tener 42 semanas no debe ser una causa de inducción del nacimiento por orden judicial a priori. Es un error la excesiva patologización y medicalización del embarazo y el parto, según indica la evidencia científica”*.

Tanto en cuanto que la pandemia trajo de nuevo al debate público las diferentes alternativas y culturas del parto, hay múltiples testimonios y voces interesantes al respecto. Al principio de la cuarentena a nivel global, por la cantidad de cambios que se producían en los protocolos y la imposibilidad de asegurar el cumplimiento de los derechos -en especial el de acompañamiento a la mujer<sup>21</sup>-, las familias comenzaron a buscar información en múltiples medios -libros, redes sociales, blogs médicos, etc.-. Así me lo indicaba Johanna en su entrevista del 14/12/2020 desde Viena. En un inicio previa a la pandemia ya planeaba un parto domiciliario, pero por problemas detectados a lo largo del embarazo los médicos le recomendaron dar a luz en el hospital, procurando respetar su deseo de que fuese vaginal y estuviese acompañada hasta el último momento:

---

<sup>21</sup> De hecho, la Asociación El Parto es Nuestro realizó una campaña en redes titulada #noentressola para reivindicarlo.

*“Yo quería un parto domiciliario para asegurarme de que me acompañase mi pareja. Me documenté, lei muchos libros de Ina May Gaskin, busqué noticias de experiencias como la de Die Standard<sup>22</sup> ... pero como me detectaron el mioma me dijeron que debía ser un parto hospitalario para evitar riesgos, pero que procurarían que fuese vaginal hasta el último momento si se reabsorbía, y así fue”.*

Aparte, durante la entrevista también me indicaba que, a pesar de estar frustrada por no poder dar a luz en el domicilio, en Viena destinaron rápidamente un hospital sólo para atender los partos en la pandemia, y aún con el caos, tuvo aspectos positivos tales como:

*“Yo creo que lo bueno fue que estuve en una sola habitación y me atendieron pocos profesionales, me sentía más protagonista porque me prestaban mucha atención y dejaron entrar a mi pareja”*

Al igual que hicieron con el hospital vienés que lo destinaron completamente para asistir los partos donde algunas alas eran para las madres positivas de covid y las otras para las negativas, en Cataluña hubo ejemplos similares como el Hospital Sant Pau de Cataluña se centró en atender los partos para madres positivo en covid. Para aquellas que eran negativo, en colaboración la Fundació Puigvert, se habilitó un ala de nefrología reformada para atender los partos bajo los protocolos de mascarillas tanto la madre como el padre, el distanciamiento con los profesionales asistenciales, el cribado, etc.

Los principales nuevos miedos compartidos sobre el embarazo y parto a los que se enfrentaban las mujeres eran relacionados al contagio, bien de ellas y/o del bebé, al acompañamiento<sup>23</sup> y de qué pasaría si diesen positivo, ¿podrían abrazar y estar junto a sus hijos?. Estas incertidumbres, tanto si eran en partos domiciliarios como hospitalarios, influían en la experiencia del nacimiento tanto en cuanto que *“el miedo les impedía disfrutar de ese momento”* (Matrona que asistía los partos pandémicos en el hospital de La Plana. RTVE, 18/11/2020). Así, ocurría que varias mujeres elegían el parto domiciliario no tanto por una convicción de su validez y confianza en sus cuerpos, aun estando en un embarazo normal y habiendo tenido las revisiones y controles necesarios para asegurarse. Era más por elegir entre lo malo o lo peor. Por recopilar algunos

<sup>22</sup> Artículo en el periódico digital austriaco escrito por Gaig *et al.* (2020) sobre cómo al principio de la pandemia “Rosa” dio a luz en lo que ellos denominan un *parto ambulatorio*, donde tras dar a luz la mujer sólo podía estar 24h en el hospital por riesgo de posible infección.

<sup>23</sup> El cual en algunos hospitales se prohibía y en otros no, o iban fluctuando sus protocolos a lo largo del tiempo.

testimonios de las mujeres que optaron por el parto domiciliario en la pandemia y matronas que atendieron:

*“Mi decisión fue por miedo, y por la angustia de parir en un hospital con todo el riesgo de contagio y el hecho de que mi acompañante quizás no podía entrar. Tenía mis dudas, y además me llamaron del hospital diciendo: ahora no te vengas aquí, te tienes que venir al otro... y a mi esa sensación... No sé”*

(Dalia Raich, madre por parto domiciliario. RTVE, 08/05/2020. Min. 0:35)

*“Hemos visto desde las matronas que atendemos el parto en casa que ha habido una demanda bastante grande, muchas mujeres al final acaban queriendo parir en casa no por convicción de que parir en casa sea su primera opción, sino por miedo de asistir al hospital, y esto tampoco es lo adecuado para parir en casa, ¿no?”*

(Laia Casa de Vall, matrona. RTVE, 08/05/2020. Min. 1:00)

*“Las mujeres tenían mucho miedo. No querían venir al hospital porque sabían que era un entorno donde se podían infectar ellas, los bebés...”*

(Matrona del Hospital La Plana. RTVE, 18/11/2020)

Por otro lado, ocurría el caso de aquellas familias que a pesar de la pandemia recurrían al parto hospitalario bien por una evitación total del dolor, bien porque estuvieron informados<sup>24</sup> y estaban seguros de su decisión:

*“No me planteé en ningún momento el parto en casa, yo no quería dolor por nada del mundo”*

(P.M., madre de un parto hospitalario. Entrevista propia)<sup>25</sup>

*“Me lo he planteado<sup>26</sup> pero al final no, porque hemos estado muy informados desde el principio”*

(Glòria Pla, madre por parto hospitalario. RTVE 08/05/2020. Min. 0:13)

<sup>24</sup> No se especifica las fuentes de estas informaciones, pero podemos suponer que se refieren a las recomendaciones de instituciones sanitarias como la OMS y sus propios médicos. Pero, ¿y las asociaciones de matronas podrían haber sido también una opción como informantes?

<sup>25</sup> De hecho, indicaba P., embarazada de su segundo bebé al momento de la entrevista, que sufrió de violencia obstétrica al realizarle la maniobra Kristeller y sus consecuencias *a posteriori* por ello -ver caracterización y resumen en los anexos-. Aún con ello, aseguraba que su segundo parto volverá a ser hospitalario, pero en otro.

<sup>26</sup> El parto domiciliario.

Al mismo tiempo, estaba el caso de aquellas madres -mayoritariamente no primerizas- que ya conocían previa a la pandemia del parto domiciliario y que ya habían estudiado sobre este y otras alternativas al parto hospitalario, por lo que el COVID se convirtió en un aliciente más:

*“Los hospitales estaban ahí, y suerte que están porque muchas veces son necesáreos, pero aunque no estuviera la pandemia no hubiera dudado en quedarme en casa”*

(Montse Moraleda, RTVE. 08/05/2020. Min. 1:44)<sup>27</sup>

*“El COVID ha sido al final un factor más para tomar la decisión, entre otros (...) No tengo miedo, estoy muy confiada. Confío en mi cuerpo, en la naturaleza, en el proceso de parto y sé que va a ir todo bien, pero además confío en la profesional que hemos elegido para acompañarnos”*

(Clara. RTVE, 01/02/2021. Min. 0:20 y 1:53)<sup>28</sup>

Sea como fuere, lo que sí estaba claro era que el parto domiciliario volvía con fuerza al debate público impulsado por el sobrecogimiento que el confinamiento provocó. En pos de encontrar información, las familias, como sujetos sociales con agencia que son, buscaban estrategias que se adaptasen a sus expectativas de un parto seguro, y entre ellas, las matronas volvían a cumplir un papel vital.

Ana Moreno, matrona de la Casa de Naixements de Migjorn, fue entrevistada por RTVE (01/02/2021) para la tertulia de *La Hora de la I* respecto a cómo el coronavirus había provocado este nuevo cambio de tendencias asistenciales. Los próximos alegatos son extraídos del programa. Así, Ana decía:

*“De media acompañábamos una media de 50/70 partos anuales, el año pasado acabamos con 73 (...) No digo que el parto en casa sea lo mejor. El lugar mejor para parir es donde la mujer se sienta segura y en confianza”.*

(Min. 0:12 y 01:00)

Aún con ello, tanto el testimonio de Ana como el de las madres y matronas que salieron a hablar a favor al parto domiciliario en los pocos minutos de video de declaraciones iban

<sup>27</sup> Madre con experiencia en dos partos domiciliarios.

<sup>28</sup> Un parto hospitalario previo y uno domiciliario previsto a la fecha de la grabación. Se vislumbra el empoderamiento y el discurso reivindicativo de la importancia de la compañía **elegida** durante el parto, así como al hablar en plural concibe a su pareja como sujeto activo más dentro del parto.

con una banda sonora de fondo de tensión y suspense, así como la prosodia de la narradora ya incitaba al escepticismo y al rechazo. De hecho, dice la narradora voz en *off* “... *La visión hospitalaria difiere de la de los profesionales que promueven un parto en casa*” (04:24), cuya prosodia iba igual a juego con el tinte catastrofista a la par que daban paso a las opiniones de los profesionales hospitalarios. Entre ellos, el doctor José Vidal Peláez, Jefe de la Unidad de la Mujer en Ruber Internacional:

*“Acudir al hospital es asumir un riesgo de coger el coronavirus, y parir en casa es un riesgo de que se te muera el niño<sup>29</sup> (...) <sup>30</sup>. Muy bajos, un uno o dos por mil. Pero al que le toca la lotería, le ha tocado. Llega el expulsivo y el bebé no se ha colocado bien... Los expulsivos prolongados son mucha causa de las deficiencias en niños (...) El dolor es insoportable, vamos el dolor del parto es algo que si puede suprimir, bendita epidural”.*

La última frase del doctor es el ejemplo más transparente del rechazo al dolor que el paradigma biomédico tiene en Occidente, y me planteo ante estas declaraciones, ¿cómo han hecho entonces las madres que han tenido un parto natural sin epidural? ¿O aquellas que, aun siendo minoría, han tenido partos orgásmicos? Sin estar para nada en contra de la epidural ni otros tipos de analgésicos, este tipo de alocuciones son las que predisponen la idea del parto como un evento traumático cuyo dolor convierte a la mujer en objeto pasivo ante los doctores y sus benditas epidurales, y es que se obvia que una epidural mal colocada o inyectada momentos más tarde no tiene efecto y, de hecho, puede llegar a provocar más dolor, y estos fallos de dispensación son más comunes de lo que se cree.

La matrona Marina Trigos del hospital *one-to-one* HM Nueva Belén también alega respecto a los riesgos y complicaciones del parto domiciliario:

*“Poder pueden pasar en cualquier sitio, pero aquí se resuelven. Tener un ginecólogo cerca es muy importante (...) No hay seguridad al 100% de que un parto de bajo riesgo no vaya a acabar en una complicación”.*

Finalmente, el momento de los tertulianos y sus alegatos contra esta modalidad de nacimientos explicita las prenaciones peyorativas y negativas que venía exponiendo y con unas palabras bastante criticables desde los paradigmas humanistas y feministas.

<sup>29</sup> Por muy cierta que pueda ser su afirmación, es una manifestación explícita de la “*dead baby card*”.

<sup>30</sup> Respecto al porcentaje de partos con una complicación insalvable.

Primeramente, las palabras de Celia Villalobos, quien estuvo en plató junto a otros dos tertulianos más:

*“Asumen un riesgo que lo está asumiendo la madre por él (...) Al nacer, los neonatos investigan y atienden al chiquillo **entero**. En la casa, no (...) A mi me parece una locura, en este momento, donde los hospitales funcionan perfectamente, donde las maternidades son habitaciones individuales en todos los hospitales, **en todos**. Y que ahora tenga un problema de corazón o lo que sea, más tarde, y en el momento en el que nace es que... (...) ¡Vete al hospital y no seas tonta, empodérate de otra forma!”*

En consecuencia, la otra tertuliana que, lamentablemente no recuerdo su nombre y en la página de RTVE no se indica, respondía:

*“Decir que te empodera más, pues hombre, yo honestamente creo que no tiene nada que ver. Empoderarse es asumir las responsabilidades, ser consecuentes, y tampoco oye, los recursos de salud pública, que esos también importan. Trasladarla a ellas es un movidón, es una UVI móvil, etc., etc. En fin...”*

Por último, los comentarios del tertuliano cuyo nombre tampoco he conseguido encontrar. Decía:

*“Creo que no hay discusión y menos con tres mujeres aquí que sois madres.<sup>31</sup> Me parece impensable en pleno siglo XXI, en un país como España, que esto se planteé de esa manera (...) Yo preguntaría a cualquier pediatra, a cualquier ginecólogo, a cualquier tocólogo, a cualquier matrona: ‘¿Aconsejarías esto? ¿Hoy, en España?’”*

Cuando el programa se emitió, al día siguiente Casa de Naixements de Migjorn apeló a las declaraciones expuestas en un comentario dentro de su página de Facebook (**figura 8**) (03/02/2021) donde les acusan de una búsqueda de sensacionalismo de una forma altamente tergiversada, agradeciendo el apoyo de los que se lo proporcionaron y realizando el activismo para luchar por el reconocimiento de que es una opción más de parto.

Al fin y al cabo, durante el proceso de investigación para este trabajo, pude observar los discursos que se daban entre los medios de comunicación y las redes sociales. Estas

<sup>31</sup> Quiero pensar que refiere a que él no ha vivido un parto en sus carnes, pero *a priori* pareciese que sus palabras insinuasen que aquellas mujeres que han tenido un parto domiciliario son menos madres o directamente no lo son.



últimas, en especial Instagram, seguido de Facebook, Youtube y empezando también en Tik Tok es donde más presencia del activismo y de los discursos subalternos he encontrado, desde las propias cuentas oficiales de las asociaciones de matronas hasta comadronas autónomas.<sup>32</sup> Incluyo también la plataforma online de RTVE donde tienen un video documental interactivo en el que puedes ir creando tu plan de parto mientras te informan de datos de interés respecto a cómo es el parto respetado en el siglo XXI, y que, durante la grabación, fueron afectados por la pandemia, por lo que decidieron también añadir la experiencia del parto pandémico hospitalario en su repertorio.

Una personalidad que ha significado mucho para visibilizar una normalización de la reproducción sexual y el parto respetado y domiciliario ha sido la youtuber -ahora *instagrammer*- Estefanía Unzu Ripoll -Verdeliss por su apodo en redes-. Hacía más de un lustro, en los inicios de su canal, publicaba videos ella sola comentando, educando y explicando las implicaciones tanto fisiológicas como psicológicas de los embarazos y los partos, consiguiendo gran visibilidad de visitas, especialmente sus videos de partos, pues ha tenido siete embarazos y uno de ellos gemelar. Si bien hacía mucho que no subía nuevos videos, recientemente publicó el video de su último nacimiento, un parto domiciliario con dos matronas, tipología de parto que llevaba queriendo lograr desde sus dos últimos embarazos. En aproximadamente un mes ha logrado 700.000 visualizaciones aproximadamente, si bien comparadas con otros videos suyos son pocas, siguen siendo prácticamente un millón de personas a lo largo del mundo que han visto un parto domiciliario y a la par velado, cómo es asistido y las emociones que transmite -las cuales también están un poco ayudadas por la edición del vídeo, pero las miradas de la imagen logran igual el objetivo-. En su último vídeo (09/06/2022), minuto 27:00, comparte las siguientes palabras respecto a cómo vivió el parto domiciliario y lo importante y relevante que fue para ella:

*“Fue maravilloso ya no tanto el parto como el postparto. Esos olores, el tumbarme en mi cama después de todo ese esfuerzo, con él bebé en brazos, el calorcito de la manta eléctrica que me puse (...) Lo disfruté un montón; estar tranquilamente con ese confort, esa calidez de mi hogar, esa compañía. O sea, el regalazo que fue que todos mis hijos pudieses estar*

<sup>32</sup> Por mencionar algunas: @lidiacigüeña, @magaleaus, @comadronaenlaola, @donallum, @salud\_mental\_perinatal, @elpartoesnuestro, etc.

*presentes (...) El poder decidir a las profesionales que estaban conmigo, a las que fuimos conociendo. Es que Laia y Osune<sup>33</sup> eran quienes necesitaba yo que estuviesen ”*

Las redes sociales de la navarra están llenas de agradecimientos y apoyo por su visibilidad, incluyendo asociaciones de matronas, si bien también se queja de recibir muchas críticas respecto a su decisión del parto extrahospitalario.

Ahora bien, como venía indicando, no sólo las asociaciones de matronas y los profesionales más alejados del paradigma biomédico emitían mensajes de calma a medida que realizaban estudios y ajustaban nuevos protocolos para lograr los partos respetados durante la pandemia. Tal y como indicaba Asuar (2021) en nombre de la AEPP en la Semana Mundial del Parto Respetado 2021, bajo el lema “*Respeto por las necesidades de la y su bebé en cualquier circunstancia*”, en su artículo titulado *La pandemia no puede servir de excusa para no respetar a la madre y su bebé<sup>34</sup>*, dejaba constancia que “*También nos constan profesionales que toman conciencia, exigen protocolos y formación basada en la evidencia científica y se esfuerzan para garantizar un parto respetado a la madre y bebé y desde aquí, agradecemos y reconocemos enormemente vuestra labor*”.

Mencionaré por encima ejemplos de estudios y nuevos protocolos pandémicos, tanto positivos como negativos. Para empezar, un estudio del Hospital Puerta de Hierro con 160 mujeres positivas de coronavirus indicó que ninguna contagió al bebé en el nacimiento (RTVE, 10/05/2020), por consiguiente, el hospital fue de los primeros que durante los inicios de la cuarentena permitía la lactancia y el piel con piel. Así lo indicaba el Dr. Pérez Medina, jefe de ginecología y obstetricia del centro hospitalario: “*Nos pareció que el piel con piel y el seguir con la lactancia materna era una medida adecuada dado que no hay ningún estudio que diga que el COVID se transmite intraútero a los fetos*” (Min. 0:38).

Las pruebas se refuerzan con el documento del Gobierno de España. Ministerio de Sanidad (17/06/2020) sobre los protocolos de atención y manejo de la madre embarazada y el recién nacido con COVID-19, en colaboración con entidades como FAME, SeNeo y

<sup>33</sup> Las matronas que atendieron su parto en el hogar.

<sup>34</sup> Tanto en cuanto que si bien muchos hospitales tenían determinados protocolos con la pandemia y explicaban a las familias en qué consistían los partos respetados en estas circunstancias, pero siempre había al final una clausula indicando que debido al COVID los procedimientos se iban amoldando para las medidas de seguridad materno-filiales, pero estos pueden variar tanto por la comunidad autónoma, el hospital, o el día en el que sean atendidos (como dice por ejemplo la Clínica Pedrosa (2020)).

SEGO entre otras, en la cual constataban que no había pruebas de transmisión vertical del virus. Además, declaraban que debido a los cambios fisio-inmunológicos que el embarazo produce en la mujer le hace ser altamente proclive a las infecciones virales y bacterianas, por lo que, con la llegada de la pandemia, se la debía considerar como un grupo prioritario para los estudios de investigación (2020: 05).

Con ello, los CDC internacionales (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) (2022) volcaron múltiples recursos en investigación junto a entidades colaboradoras respecto a las implicaciones y articulaciones que la infección COVID tendría en el embarazo y parto, estando aún en activo algunos de los trabajos. Algunos de ellos: ① Estudio de Icahn School of Medicine at Mt. Sinaí sobre el impacto de la infección covid durante el embarazo en mujeres de comunidades con menor acceso a los servicios médicos. ② Children's Hospital of Philadelphia y Facultad de Medicina de la Universidad de Florida respecto a los niveles de infección en el embarazo para aportes a futuro de prevención, diagnóstico y tratamiento del Sars-CoV-2 o ③ Universidad de Washington respecto al embarazo y la transmisión del COVID en el hogar.

Finalmente, otro ejemplo son los documentos más concisos y sobre los cuales se hace una doble traducción para amoldar el lenguaje y los tecnicismos ya no tanto a los profesionales sanitarios sino a las familias para que tengan una mejor transmisión de información, como es el caso del díptico de SeNeo (27/05/2020) ante los padres con sospecha de infección COVID, incluyendo también un apartado de recomendaciones para el padre -el que sería el acompañante principalmente en general-.

No obstante, aún con todas las mejores intenciones de las mejoras en la atención, en Europa se sufrió grandes desigualdades en la calidad asistencial de los partos hospitalarios (Lazzerini *et al.*, 2022). En su estudio cualitativo con 21.007 madres de doce países europeos midieron cuarenta medidas de calidad comunes estipuladas por la OMS (figura 9). Los países con peores resultados fueron Italia -país de referencia-, Rumania, Croacia y sobretodo Serbia, donde los indicadores de calidad empeoraron cuantiosamente. Por la contra, Alemania, Noruega, Suecia y en especial Luxemburgo tuvieron un índice médico significativamente más alto que el resto del grupo de países. España, sorprendentemente, estaba ligeramente por encima de la media con buenos resultados en los indicadores de calidad de la atención materno-filial; unos datos curiosos teniendo en cuenta la gran

saturación médica que sufrimos y el alto nivel de violencia obstétrica de la que partíamos. Comprendo con ello que el gobierno y las instituciones españolas instaran al parto hospitalario durante la pandemia, pero sigue sin ser justificación para deslegitimar al parto domiciliario como una opción más que también debería plantearse por parte de los organismos gubernamentales y sanitarios.

Ante la situación, Boix *et al.* (2020), colaboradores de SeNeo publicó un artículo respecto al parto domiciliario atendiendo a cómo éste había aumentado a raíz de la cuarentena y posterior tal y como venía mostrando. Aunque lo desaconseja por los potenciales riesgos, lo hace desde un punto de vista presentista pues asegura que se deben actuar en muchas infraestructuras y mejoras para lograr la mejor experiencia de la madre y el recién nacido con las seguridades de salud pertinentes. En sus palabras:

*“Los datos de otros países como Australia, Holanda e Inglaterra demuestran que el parto extrahospitalario puede aportar importantes ventajas para la madre y el recién nacido, pero es necesario que se dote de los suficientes medios materiales, que sea atendido por profesionales formados y acreditados, y que se encuentre perfectamente coordinado con las unidades de obstetricia y neonatología hospitalarias para poder garantizar su seguridad. En nuestro medio, no hay suficientes datos de seguridad ni evidencia científica que avalen el parto domiciliario en la actualidad”.*

En definitiva, podemos observar por tanto cómo gracias a la pandemia se ha potenciado la idea de los partos extrahospitalarios como alternativas al parto hospitalario, que deben mejorar para llegar a recomendarse desde el sistema biomédico, pero comienza a vislumbrarse por su parte que conciben gratas ventajas en este modelo de partos respetados más allá del que se pueda conseguir también en el centro sanitario.

## **2.1. La llegada de las vacunas. ¿Nuevas oportunidades?**

---

Antes de poder llegar a las conclusiones, me gustaría realizar un pequeño inciso respecto a las vacunas en relación con la problemática tratada en el trabajo. Debido a falta de información, tiempo y espacio por mi parte, sólo mencionaré algunos testimonios respecto a las dudas que la entrada de las vacunas pudo suscitar en las familias.

Las vacunas consiguieron simbólicamente entenderse como el fin de la pandemia, si bien no era el fin en sí, pero en las mujeres embarazadas se consideraban un riesgo en sus inicios, y es que era muy complicado tener un juicio dogmático sobre el tema tanto en cuanto que los datos y recomendaciones iban cambiándose a lo largo del tiempo. Así lo decía el presentador de RTVE en un programa enfocado a las vacunas y los embarazos: “... hay que avisar a todo el mundo que lo que vamos a decir hoy, igual en dos semanas está obsoleto; porque también lo que vamos a decir hoy hace dos semanas no se decía” (colaborador RTVE, 12/06/2021. Min. 1:49).

Tanto en cuanto que si no estabas vacunada corres más riesgos de infección por el coronavirus debido al embarazo, se vuelve a decidir en base al miedo y el sopesar de los riesgos. “Yo me vacuné la semana pasada y me decían mis amigos: ‘Pero, ¿cómo te has vacunado?! ¡Estás loca! ¡Que todavía no se ha demostrado si es bueno, si no es bueno...!’” (Presentadora RTVE, 12/06/2021. Min. 0:40).

Tal y como ocurría con los partos hospitalarios y domiciliarios surgieron muchas entradas en los blogs científicos y en las redes sociales explicando cómo funcionan las vacunas, quiénes deben vacunarse, qué implicaban, qué no, efectos secundarios, qué vacuna me pongo, cuál es mejor, a dónde llamo si ocurre algo al respecto o si tengo dudas...

La SEGO recomendaba que fuese a partir de la semana 20 de embarazo porque es cuando menores son los riesgos de los efectos secundarios tanto para la madre como para el bebé y los CDC también volvían a compartir los estudios actuales que se estaban realizando al respecto.

No obstante, a quienes recurrían antes que a los blogs científicos eran a sus médicos de cabecera o ginecólogos, los cuales secundaban la idea de que era mejor vacunarse y, a la par, potenciaban la lactancia materna para la transmisión de anticuerpos tras el parto. Por ejemplo, L.J. en la entrevista me indicaba cómo durante su embarazo las dosis de la vacuna no le afectó mucho, pero sí que le llamó la atención sobre cómo le insistían en la importancia de la lactancia: “Yo me vacuné con las tres dosis por recomendación de la ginecóloga y porque creo que así estamos mejor, pero ahora están muy insistentes con la lactancia materna”. Me comentaba cómo le costaba que su bebé se enganchara bien al

pecho, por lo que usaban una lactancia complementaria, lo que llegaba a producirle cierta culpabilidad.

Así, frente a sus alegaciones me llegué a plantear que, así como el COVID-19 y la cuarentena han sido un potencial de reconceptualización del parto extrahospitalario, si no podrían ser las vacunas también una oportunidad para repensar los múltiples modelos de lactancia que existen. Dejo la duda planteada tanto en cuanto que yo no puedo responderla, pero sería muy interesante poder retomarla para estudios a futuro.

### 3. Conclusiones

Finalmente, tras tantas hojas de lectura nos hallamos al cierre final de este trabajo.

Mientras estaba elaborándolo descubrí que el 06 de junio es el día internacional del trabajo domiciliario. Me resulta una coincidencia graciosa y hasta poética que esté entregando este trabajo el mismo mes de esta celebración y es que, habiendo expuesto pues las diferentes culturas respecto a las concepciones del parto, los paradigmas contrapuestos y las alternativas imbricadas entre sí -que no excluyentes-, considero que he logrado ejercer los objetivos en base a los cuales comencé a trabajar.

Primeramente, poder entender a la pandemia, a pesar de todo el miedo y dolor producido, de una manera positiva como una oportunidad para poner en duda, reconceptualizar y volver a dialogar entre las diferentes posturas existentes sobre la amplia tipología de los sistemas asistenciales tanto hegemónicos como subalternos, evidenciando la crisis del modelo médico hegemónico que venía existiendo de décadas anteriores.

En segundo lugar, divulgar y poder compartir otros saberes, experiencias, agentes sociales y opciones tan legítimas como las predominantes, pudiendo haber conseguido liberarlos del estigma, ostracismo y señalamiento en mayor o menor medida.

Por último, en tercer lugar, demostrar que se está viviendo una revolución cultural respecto a la asistencia médica, la sexualidad y la reproducción humana que la crisis epidemiológica ha acrecentado, recalcando y dando cuenta de la necesidad, tanto a nivel simbólico como pragmático, de que por parte de la seguridad social se conciban los partos extrahospitalarios como alternativas que recoger en los planes asistenciales estatales tal y como ocurre con otros países vecinos. Podría empezarse, pues, con las casas de parto como una opción interseccional para quienes buscan disfrutar de los beneficios del parto domiciliario en conjunto con los hospitalarios.

Al final, algunas de las limitaciones que he encontrado al realizar este trabajo han sido el no poder haber estado presente realizando un trabajo de campo con observación participante y el no haber logrado realizar más entrevistas -aún más el no haber podido

hacérselas a ningún profesional asistencial-; trabas que espero poder solventar a futuro para próximos trabajos o posibles revisiones.

No obstante, una gran ventaja y ayuda para resolver estas situaciones son las redes sociales y analizar cómo es que en este nuevo cosmos de internautas es donde se realizan los actuales debates y son un nicho para dar voz a otras posibilidades de cambio.

Con todo, considero realmente posible la idea de que en un futuro pueda escuchar a una amplia mayoría hablar sobre sus experiencias de embarazos y partos de manera positiva, independientemente de dónde hayan decidido realizarse y con qué profesionales, sin un trauma por un dolor que se considere excesivo e imposible de soportar, con la colaboración de diferentes entramados de actores, así como también con las ayudas en infraestructuras públicas y normativas estatales posibles y alicientes a ello.



**(A) Bibliografía**

1. Alonso Benito, L. E. 1998. *La mirada cualitativa en sociología* (1º. Ed. 2ª. Imo.ed.). Ed. Fundamentos.
2. Asociación Española de Psicología Perinatal (AEPP). 02 ene 2017. *Nuestros objetivos*. [Página web]. <<https://asociacionpsicologiaperinatal.es/>> Fecha de acceso: 10.06.2022.
3. Associació de Llevadors del Part a Casa de Catalunya (ALPACC). 2013. *Sobre ALPACC*. [Página web]. <<http://llevadorespartacasa.org/en/sobre-alpacc/>> Fecha de acceso: 11.06.2022.
4. Asuar, R. 2021. “La pandemia no puede servir de excusa para no respetar a la madre y su bebé”, en Semana Mundial del Parto Respetado 2021. Comunicado AEPP. <<https://asociacionpsicologiaperinatal.es/semana-mundial-del-parto-respetado-2021-comunicado-aepp/>> Fecha de acceso: 03.02.22
5. Bg, Marta. 30.10.2018. “*Comunicat de Dona Llum sobre el comunicat de la SEGO en relació amb la violència obstétrica. La SEGO ejerce violencia obstétrica en un comunicado donde dice que la violencia obstétrica no existe*”. En Dona Llum. <<https://donallum.org/blog/comunicat-de-dona-llum-sobre-el-comunicat-de-la-sego-en-relacio-amb-la-violencia-obstetrica/>> Fecha de acceso: 13.06.2022.
6. Biedma-Velázquez, L.; García Rodríguez, M.I. y Serrano del Rosal, R. 2021. “¿Cómo es el dolor del parto? Dime cómo te duele y te diré qué tipo de madre eres.” En *Revista Española de Sociología*, 31 (1), a86. <<https://doi.org/10.2235/fes/res.2022.86>>. Fecha de acceso: 15.06.22.
7. Blanchette, H. 1995. “*Comparison of obstetric outcome of a primary-care Access clinic staffed by certified nurse-midwives and a private practice group of obstetricians in the same community*” En *Obstet Gynecol*, 1995, nº 172 (6): 1864-71.
8. Boix, H.; Cernada, M.; Couce, M.L.; Espinosa, M.G.; González-Pacheco, N.; Martín, A.; Pérez-Muñuzuri, A.; y Sánchez-Redondo, M.C. 02 abr 2020. “Parto domiciliario: Un fenómeno creciente con riesgos potenciales”. En *Anales de Pediatría*. <[https://www.seneo.es/images/site/publicaciones/Parto\\_Domiciliariov2.pdf](https://www.seneo.es/images/site/publicaciones/Parto_Domiciliariov2.pdf)>. Fecha de acceso: 12.03.22

9. Calero, J.F. 2018. *Parra-Müller. Arquitectura de Maternidades. El diseño como herramienta de la urgente humanización de los espacios sanitarios*. En InnoVaSpain <<https://www.innovaspain.com/parra-muller-arquitectura-maternidades/>>
10. Cardús i Font, L. 2015. “Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología”, en *Dilemata*, nº 7 (18): 129-145. <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106938.pdf>> Fecha de acceso: 27.05.2022.
11. Casa de Naixements, Migjorn. 03 feb 2021. *Muchas gracias a tod@s por vuestros comentarios y por vuestro apoyo. De todo se aprende. Esta ha sido la peor experiencia con los medios...* [Imagen ajunta] [Comentario de Facebook] Facebook. <<https://www.facebook.com/CasaDeNaixementsMigjorn/photos/a.128442153997742/1747926725382602/>> Fecha de acceso: 12.06.2022.
12. Castrillo, B. 2016. *Análisis de la atención médica de embarazos y partos: aportes conceptuales*, en II Jornadas de Género y Diversidad Sexual (GEDIS), La Plata. <[http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/analisis\\_de\\_la\\_atencion\\_medica\\_de\\_embarazos\\_y\\_partos\\_aportes\\_conceptuales.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/analisis_de_la_atencion_medica_de_embarazos_y_partos_aportes_conceptuales.pdf)> Fecha de acceso: 17.05.2022.
13. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). 3 mar 2022. *Personas Embarazadas. Con mayor riesgo de enfermarse gravemente a causa del COVID-19*. <<https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnant-people.html>> Fecha de acceso: 20.05.2022.
14. Clínica Pedrosa. 2020. “¿Cómo es un plan de parto en tiempos de coronavirus?”, en *Clínica Pedrosa. Fertilidad y salud de la mujer, ginecología y obstetricia*. <<https://cpedrosa.com/como-plan-parto-tiempos-coronavirus/>> Fecha de acceso: 08.04.2022
15. Coolsilkara. 19 abr 2016. «Para cambiar el mundo primero hay que cambiar la forma de nacer». [Blog]. <<https://www.coolsilkara.com/cambiar-mundo-primero-cambiar-la-forma-nacer-m-odent/>> Fecha de acceso: 16.06.2022.
16. Comité Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2008. “Plan de Parto y Nacimiento”, en *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*.

- [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/pla\\_nPartoNacimiento.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/pla_nPartoNacimiento.pdf)> Fecha de acceso: 30.03.22
17. Consejo General de Colegios de Médicos Oficiales (CGCOM). 12 jul 2021. *El CGCOM rechaza y considera muy desafortunado el concepto de “violencia obstétrica” para describir las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, parto y postparto en nuestro país.* <<https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/el-cgcom-rechaza-y-considera-muy-desafortunado-el-concepto-de-violencia-obstetrica>> Fecha de acceso: 13.06.2022.
18. Corrigan, P. y Sayer, D. 1985. “*El gran arco: La formación del Estado inglés como revolución cultural*” En Lagos, M. Y Calla, P. (comp.) *Antropología del Estado. Dominación y prácticas contestaciones en América Latina*. La Paz: INDH / PNUD. 2007: 39-74.
19. DONA LLUM. 2017. *Associació Catalana per un Part Respectat* (Asociación Catalana por un Parto Respetado). 2017. [Página Web].<<https://www.donallum.org/>> Fecha de acceso: 10.10.21
20. DONNA LLUM. 2021. *Manifiesto*. <<https://www.donallum.org/manifest/>> Fecha de acceso: 12.06.2022.
21. López Trujillo, N. y López, C. 26 abr 2019. *Una juez obliga a una mujer que quería parir en su casa a ingresar en el hospital*. En El País. [Artículo periodístico]. <[https://elpais.com/sociedad/2019/04/25/actualidad/1556195132\\_120618.html](https://elpais.com/sociedad/2019/04/25/actualidad/1556195132_120618.html)> Fecha de acceso: 12.06.2022.
22. El Parto es Nuestro. 31 oct 2018. *La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) niega la Violencia Obstétrica. El Parto es Nuestro Responde.* <<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2018/10/31/la-sociedad-espanola-de-ginecologia-y-obstetricia-sego-niega-la-violencia-obstetrica-el-parto-es-nuestro-responde>> Fecha de acceso: 12.06.2022.
23. El Parto es Nuestro. 2021. *¿Qué es el parto respetado?* [Página web]. <<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/que-es-un-parto-respetado>>. Fecha de acceso: 17.01.22
24. El Parto es Nuestro. 2022. *Conoce tus derechos*. [Página web]. <<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/conoce-tus-derechos-area-legal/conoce-tus-derechos>> Fecha de acceso: 11.05.22: 12.01.22

25. El Parto es Nuestro. 26 may 2022. *El Parto es Nuestro pide que no se legalice la carta del bebé muerto*. <<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2022/05/26/el-parto-es-nuestro-pide-que-no-se-legalice-la-carta-del-bebe-muerto>> Fecha de acceso: 12.06.2022.
26. El Parto es Nuestro. 2022. *¿Qué somos?* [Página web]. <<https://www.elpartoesnuestro.es/pagina/que-somos>> Fecha de acceso: 13.01.22
27. Estefanía Unzu Ripoll [Verdeliss] (19 may 2022). *El PARTO en CASA de Deva / NACIMIENTO en el AGUA y VELADO... rodeada de sus hermanos* [Video]. Youtube. <<https://www.youtube.com/watch?v=YTDYvxJNSRw>> Fecha de acceso: 16.06.2022
28. Estefanía Unzu Ripoll [Verdeliss] (09 jun 2022) *7 hijos y un bebé recién nacido / GRABAMOS 24 horas de NUESTRA NUEVA RUTINA / REALIDAD sin FILTROS* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=-RSW8iwlRa0> Fecha de acceso: 16.06.2022.
29. España. 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* [Internet]. Jefatura del Estado «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. Referencia: BOE-A-2002-22188. En <<https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>> Fecha de acceso: 11.05.22.
30. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, *Ordenación de las profesiones sanitarias* [Internet]. Jefatura del Estado «BOE» núm. 280, de 22 de noviembre de 2003. Referencia: BOE-A-2003-21340. En <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>> Fecha de acceso: 06.01.2022
31. España. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, *Estatuto Marco del personal estatuarios de los servicios de salud*. [Internet]. Jefatura del Estado «BOE» núm. 301, de 17 de diciembre de 2003. Referencia: BOE-A-2003-23101. En <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>>. Fecha de acceso: 06.01.2021
32. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Jun 2006. *Definición de parto normal*. Barcelona. <<https://www.federacion-matronas.org/wp->

- <content/uploads/2018/01/iniciativa-al-parto-normal.pdf>> Fecha de acceso: 29.05.2022.
33. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). 2020. *Las casas de nacimiento, un futuro muy cercano en 2020*. <<https://www.federacion-matronas.org/2020/12/15/casas-de-nacimientos-espana/>> Fecha de acceso: 15.06.2022.
34. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). 2021. *Nuestros objetivos* <<https://www.federacion-matronas.org/quienes-somos/>> Fecha de acceso: 11.06.2022.
35. Fernández del Castillo, I. 20 feb 2021. “Cómo son los partos en el resto de Europa”. En la página web *Saber Vivir Tv*. <[https://www.sabervivirtv.com/embarazo-y-parto/parir-en-el-resto-de-europa\\_2203](https://www.sabervivirtv.com/embarazo-y-parto/parir-en-el-resto-de-europa_2203)> Fecha de acceso: 26.05.2022.
36. Fernández Guillén, F. 2021. “¿Por qué es importante que los embarazos y partos normales sean atendidos por comadronas?” En la página web: *El Parto es Nuestro*. <<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/por-que-una-matrona>> Fecha de acceso: 15.12.21.
37. Foucault, M. 2007. *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad del saber*. (U. Guñazu, trad.) Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1976). <[https://www.campusapp.org/pluginfile.php/21457/mod\\_resource/content/0/Foucault.pdf](https://www.campusapp.org/pluginfile.php/21457/mod_resource/content/0/Foucault.pdf)> Fecha de acceso: 15.06.2022.
38. Fullerton, J.T.; Hollenbach, K.A. y Wingard, D.L.1996. “Practice styles. A comparison of obstetricians and nurse-mid-wives” En *Nurse Midwifery*, 1996, nº 41 (3): 243-50.
39. Gaigg Vanessa, Oona Kroisleitner, Gudrun Springer y Franziska Zoidl. 20 mar 2020. *Geburten in Zeiten des Coronavirus (Nacimientos en tiempos del Coronavirus)*. En *DerStandard*. <<https://www.google.at/amp/s/www.derstandard.at/story/2000115942342/geburten-in-zeiten-des-coronavirus%3famplified=True>> Fecha de acceso: 01.01.22
40. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. 17 jun 2020. *Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19*. <<https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccaves/alertasActual/nC>>

- [ov/documentos/Documento manejo embarazo recién nacido.pdf](#)> Fecha de acceso: 10.01.2022.
41. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. 2020. *Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios*, 2010-2018. <[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe Atencion Perinatal 2010-2018.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf)> Fecha de acceso: 15.06.2022.
42. González Ochoa, C. 2018. *Una teoría de la sociedad. Cultura y representaciones sociales*, n° 12 (24), pp: 273-309. <<http://www.culturayrs.unam.mx/index.php/CRS/article/view/474/482#>> Fecha de acceso: 27.05.2022.
43. Hernández Garre, J. M. y P. Echevarría Pérez. 2016. “Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático”, en *Revista Internacional de Sociología*, n° 74 (1): e025. <<http://dx.doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>> Fecha de acceso: 11.05.22.
44. Hospital Universitario de Torrejón. 2015. *Indicadores de calidad del programa de Parto Respetado*. <<https://www.hospitaldetorreon.es/especialidad-interna/indicadores-de-calidad-programa-parto-respetado/4/46/>> Fecha de acceso: 11.06.2022.
45. Hospital Universitario de Torrejón. 2020. *¿Qué es el programa de parto respetado?* <<https://www.hospitaldetorreon.es/especialidad-interna/programa-de-parto-respetado/7/34/>> Fecha de acceso: 13.09.21
46. Huete, C. 13 dic 2018. *La muerte de un bebé reabre el debate sobre el parto en casa*. [Artículo periodístico] En El País. <[https://elpais.com/sociedad/2018/12/12/actualidad/1544612098\\_428105.html](https://elpais.com/sociedad/2018/12/12/actualidad/1544612098_428105.html)> Fecha de acceso: 16.06.2022.
47. Lazzerini, M.; Covi, B.; Mariani, I. et al. 2022. “Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region”. En *Lancet Reg Health Eur*. 2022; n° 13: 100268. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8703114/>> Fecha de acceso: 02.06.2022.

48. Le Breton, D. 2018. *La sociología del cuerpo*. Castignani, H. (trad.). Ediciones Siruela: Madrid.
49. López, G. y Jiménez, M. 2018. “Las casas de parto dentro del sistema sanitario”. En *Matronas Profesión*, volumen 10, nº2, pp: 12-15. <<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol10n2pag12-15.pdf>> Fecha de acceso: 11.06.2022
50. MacDorman, MF. Y Singh, G.K. 1998. “Midwifery care, social and medical risk factors, and Birth outcomes in the USA”. En *Epidemiol Community Health* 1998, nº 52: 310-7.
51. Martínez Gandolfi, M.A. y Rodríguez Mir, J. 2021. “La violencia obstétrica: Una práctica invisibilizada en la atención médica en España”. En *Gaceta Sanitaria*, vol. 35, nº3, pp: 211-212. <<https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911120301898>> Fecha de acceso: 11.06.2022.
52. Rodríguez Mir, J. y Martínez Gandolfi, M.A. 2021. *La violencia obstétrica negada en España*. En *Enfermería Clínica*. <[https://www.observatorioantropologiamedica.org/files/ugd/14f6db\\_b68228d1d806f449699be2f18f66adf58.pdf](https://www.observatorioantropologiamedica.org/files/ugd/14f6db_b68228d1d806f449699be2f18f66adf58.pdf)> Fecha de acceso: 15.06.2022.
53. Menéndez E. L. 1988. *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág.451- 464. <[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)> Fecha de acceso: 24.05.2022.
54. Menéndez, E.L. 2018. *Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos*. <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-050X2018000300104](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104)> Fecha de acceso: 16.06.2022.
55. Murialdo, V. 2019. *La construcción cultural del parto respetado en Madrid*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid] <<https://eprints.ucm.es/id/eprint/62537/1/T41963.pdf>> Fecha de acceso: 06.01.20
56. Nacer en Casa. 2017. *¿Quiénes somos?* [Página web]. <<http://nacerencasa.org/quienes-somos/>> Fecha de acceso: 11.06.2022.

57. Oliver, D. 2018. *Arquitectura de maternidades para facilitar un parto normal. Espacios más cómodos y adaptados a las necesidades de la mujer, pero también al bebé, la familia y los profesionales.* En *El País*. <[https://elpais.com/elpais/2018/02/13/mamas\\_papas/1518521298\\_455024.html](https://elpais.com/elpais/2018/02/13/mamas_papas/1518521298_455024.html)>. Fecha de acceso: 04.06.2022.
58. Organización Mundial de la Salud. 6-20 may 1985. *38ª Asamblea Mundial de la Salud.* Ginebra. <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199285/WHA38\\_1985-REC-3\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199285/WHA38_1985-REC-3_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Fecha de acceso: 16.06.2022.
59. Organización Mundial de la Salud. 17 may 2022. *Enfermedad por el coronavirus (COVID-19): Vacunas.* <[https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines)> Fecha de acceso: 27.05.2022.
60. Plataforma Pro Derechos del Nacimiento. [Página web]. <<http://pdn.pangea.org/#:~:text=Nuestra%20misi%C3%B3n%20es%20difundir%20la,ser%2C%20s%C3%B3lo%20nace%20una%20vez.>> Fecha de acceso: 01.06.2022.
61. MGC Mutua. 19 may 2021. *¿Qué es la obstetricia y qué función cumple el obstetra durante el embarazo?* En. Revista Interès Mutu <<https://www.mgc.es/blog/que-funcion-cumple-el-obstetra-durante-el-embarazo/>> Fecha de acceso: 11.06.2022.
62. QuirónPrevención. 24 jul 2018. *Síntomas del síndrome de 'burnout': ¿cómo identificarlo?* Web. <<https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/sintomas-sindrome-burnout-identificarlo>> Fecha de acceso: 27.05.22.
63. Redacción Médica. 2018. *El Hospital Vall d'Hebron humaniza los partos por cesárea.* <<https://www.redaccionmedica.com/autonomias/cataluna/el-hospital-vall-d-hebron-humaniza-los-partos-por-cesarea-3854>> Fecha de acceso: 11.05.22.
64. RTVE.es. 8 may 2020. *Maternidad o dar a luz en casa: El coronavirus condiciona el parto.* [online] <<https://www.rtve.es/alacarta/videos/todxs-por-igual/maternidad-dar-luz-casa-coronavirus-condiciona-parto/5572206/>>. Fecha de acceso: 11.05.22.



65. RTVE.es. 10 may 2020. *Un estudio del Hospital Puerta del Hierro desvela que de las 160 mujeres que dieron a luz con coronavirus ninguna contagió a su bebé.* <<https://www.rtve.es/alacarta/videos/telediario/estudio-desvela-160-mujeres-dar-luz-ninguna-contagio-bebe/5573067/>>. Fecha de acceso: 10.01.2021.
66. RTVE.es. 18 nov 2020. *Parir en el siglo 21.* [Video documental interactivo]. <<https://lab.rtve.es/webdocs/parto-respetado/>> Fecha de acceso: 30.05.2022.
67. RTVE. 01 feb 2021. *Se dispara la cifra de partos en casa.* En *La Hora de la 1.* <<https://www.rtve.es/play/videos/la-hora-de-la-1/partos-casa-pandemia/5778546/>> Fecha de acceso: 15.06.2022.
68. RTVE. 12 jun 2021. *Embarazo, maternidad y vacunas... ¿Qué hacer?* <<https://www.rtve.es/play/videos/la-hora-de-la-1/embarazo-maternidad-vacunasque-hacer/5987902/>> Fecha de acceso: 11.06.2022.
69. 2021. Sánchez Rodríguez, M. *Violencia obstétrica en el ámbito hospitalario español desde una perspectiva antropológica.* [Trabajo final de Grado]. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en el Observatorio de Antropología Médica (OAM): <<https://www.observatorioantropologiamedica.org/copia-de-publicaciones-1>>. Acceso: 14-06-2022.
70. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). 2022. [Página web]. <<https://sego.es/>> Fecha de acceso: 30.05.2022.
71. Sociedad Española de Neonatología (SENeo). 27 may 2020. *Recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARS-CoV-2.* En *SENeo. Recomendaciones del COVID.* <[https://www.seneo.es/images/site/COVID/Recomendaciones\\_SENeo\\_SARS-CoV-2\\_Version\\_6.2\\_27052020\\_.pdf](https://www.seneo.es/images/site/COVID/Recomendaciones_SENeo_SARS-CoV-2_Version_6.2_27052020_.pdf)> Fecha de acceso: 10.01.2021.
72. Sociedad Española de Neonatología (SENeo). 2022. *¿Qué es la SENEo?* <<https://www.seneo.es/index.php/sociedad/que-es-la-seneo>> Fecha de acceso: 15.06.2022

## Propuesta de cuestiones

¡Hola!  
 ¡Encantada de conocerte!  
 Me presento: Soy Raquel, estudiante de Antropología por la Universidad Autónoma de Madrid. Quiero agradecerte profusamente tu participación en mi investigación para mi TFG sobre los partos ocurridos durante la pandemia del COVID-19 y sus características, significados, importancia e implicaciones tanto a nivel sanitario como socio-familiar.  
 Me gustaría conversar contigo sobre tus experiencias, sentimientos, estrategias, valores, etc. producidos por esta situación durante tu embarazo y/o parto.  
 Para ello, te dispongo un listado de algunos de los temas sobre los que podríamos hablar durante nuestro futuro encuentro. Por favor, ten en mente una cosa, no hay ninguna respuesta correcta ni incorrecta. Así mismo, si hay alguna cuestión que por el motivo que fuese no quisieses tratar, no temas en comunicármelo. Finalmente, si te gustaría hablar de cualquier otro tema que no esté aquí propuesto, ¡indícamelo sin problemas!

### → Si has tenido alguna experiencia de parto previa a la pandemia:

- ¿Cuáles eran tus mayores miedos e inseguridades sobre el embarazo y el parto? ¿Qué decisiones/estrategias tomaste frente a ellos?
- Si el mayor miedo provenía de falta de información, ¿en dónde y con quién encontraste las respuestas y/o el apoyo que calmaron tus inquietudes?
- ¿Cómo reaccionó tu pareja/familia/amistades ante la noticia del embarazo? ¿Eran sus miedos y preocupaciones compartidos con los tuyos?
- Si optasteis por un parto hospitalario, ¿por qué fue y por qué descartaste el domiciliario?
- Si optasteis por un parto domiciliario, ¿por qué fue y por qué descartaste el hospitalario?
- ¿Cómo fue el trato que recibisteis tú, tu pareja y tu bebé? ¿Te sentiste segura con los profesionales que te atendieron?
- ¿Cómo imaginabas tu parto y cómo acabó siendo?
- ¿Qué resaltarías como lo más positivo y lo más negativo de tu parto "pre-pandémico"?
- ¿Repetirías la experiencia con las mismas condiciones? ¿Qué cambiarías? ¿Qué mejorarías?
- ¿Han cambiado tus opiniones sobre la multiplicidad de tipos de embarazos y partos posibles?
- ¿Cómo percibes el futuro de los partos? Tratamiento, atención, seguimiento, lugar, etc.

### → Si has tenido una experiencia de parto durante la cuarentena:

- ¿Cuáles eran tus mayores miedos e inseguridades sobre el embarazo y el parto ante la nueva situación sociosanitaria? ¿Qué decisiones/estrategias tomaste frente a ellos?
- Si el mayor miedo provenía de falta de información ya no sólo sobre el embarazo/parto, sino sobre el COVID y la pandemia misma, ¿en dónde y con quién encontraste las respuestas y/o el apoyo que calmaron tus inquietudes?
- ¿Cómo reaccionó tu pareja/familia/amistades ante la noticia? ¿Eran sus miedos y preocupaciones compartidos con los tuyos?
- Si optasteis por un parto domiciliario, ¿cuáles fueron las razones para descartar el parto hospitalario?
- Si optasteis por un parto hospitalario, ¿cuáles fueron las razones para descartar el parto domiciliario?
- ¿Cómo fue el tratamiento que recibisteis tú, tu pareja y tu bebé? ¿Te sentiste segura con los profesionales que te atendieron?
- ¿Cómo imaginabas tu parto y cómo acabó siendo?
- ¿Qué resaltarías como lo más positivo y lo más negativo de tu parto "de cuarentena"?
- ¿Repetirías la experiencia con las mismas condiciones? ¿Qué cambiarías? ¿Qué mejorarías?
- ¿Han cambiado tus opiniones sobre la multiplicidad de tipos de embarazos y partos posibles?
- ¿Cómo percibes el futuro de los partos? Tratamiento, atención, seguimiento, lugar, etc.

### → Si has tenido una experiencia de parto posterior a la cuarentena:

- ¿Cuáles eran tus mayores miedos e inseguridades sobre el embarazo y el parto ante la nueva situación sociosanitaria y la llegada de las vacunas? ¿Qué decisiones/estrategias tomaste frente a ellos?
- ¿Crees que tus miedos en esta "nueva normalidad" son iguales o equiparables a los que pudieses tener en los tiempos previos a la cuarentena? De no ser así, ¿en qué han cambiado?
- Si el mayor miedo provenía de falta de información ya no sólo sobre el embarazo/parto, sino sobre el COVID y ahora encima sobre las vacunas, ¿en dónde y con quién encontraste las respuestas y/o el apoyo que calmaron tus inquietudes?
- ¿Cómo reaccionó tu pareja/familia/amistades ante la noticia? ¿Eran sus miedos y preocupaciones compartidos con los tuyos?
- Si optaste por recibir la vacuna durante el embarazo, ¿cuáles fueron las razones para que tomases esa opción?
- En caso contrario, de haber rechazado la vacunación durante tu embarazo, ¿a qué motivos y causas responde?
- Si optasteis por un parto domiciliario, ¿cuáles fueron las razones para descartar el parto hospitalario?
- Si optasteis por un parto hospitalario, ¿cuáles fueron las razones para descartar el parto domiciliario?
- ¿Cómo fue el tratamiento que recibisteis tú, tu pareja y tu bebé? ¿Te sentiste segura con los profesionales que te atendieron?
- ¿Cómo imaginabas tu parto y cómo acabó siendo?
- ¿Qué resaltarías como lo más positivo y lo más negativo de tu parto "post-cuarentena"?
- ¿Repetirías la experiencia con las mismas condiciones? ¿Qué cambiarías? ¿Qué mejorarías?
- ¿Han cambiado tus opiniones sobre la multiplicidad de tipos de embarazos y partos posibles?
- ¿Cómo percibes el futuro de los partos? Tratamiento, atención, seguimiento, lugar, etc.

## (B) ANEXOS

### B.1. Guion de entrevistas, caracterización y resumen.

Ilustración 1. Guion de las entrevistas semiestructuradas para las familias. [Autoría propia]

## Propuesta de temáticas



¡Hola!

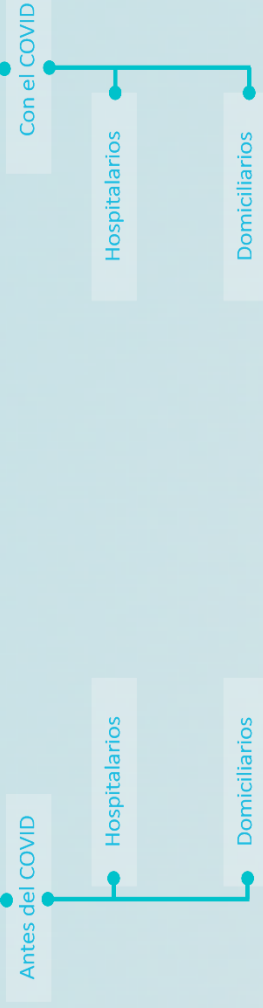
¡Encantada de conocerte!

Me presento: Soy Raquel, estudiante de Antropología por la Universidad Autónoma de Madrid. Quiero agradecerte profusamente tu participación en mi investigación para mi TFG sobre los partos ocurridos durante la pandemia del COVID-19 y sus características e implicaciones tanto a nivel sanitario como socio-familiar.

Me gustaría conversar contigo sobre tus experiencias, sentimientos, estrategias, valores, etc. ante la atención en los embarazos y/o partos.

Para ello, te dispongo un listado de algunos de los temas sobre los que podríamos hablar durante nuestro futuro encuentro. Por favor, ten en mente una cosa: no hay ninguna respuesta correcta ni incorrecta. Asimismo, si hay alguna cuestión que por el motivo que fuese no quisieses tratar, no temas en comunicármelo. Finalmente, si te gustaría hablar de cualquier otro tema que no esté aquí propuesto, ¡indícamelo sin problemas!

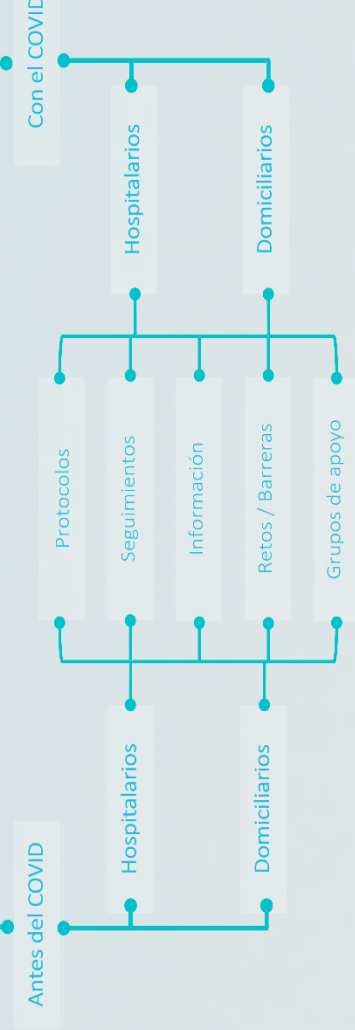
### Descripción de los partos y sus percepciones



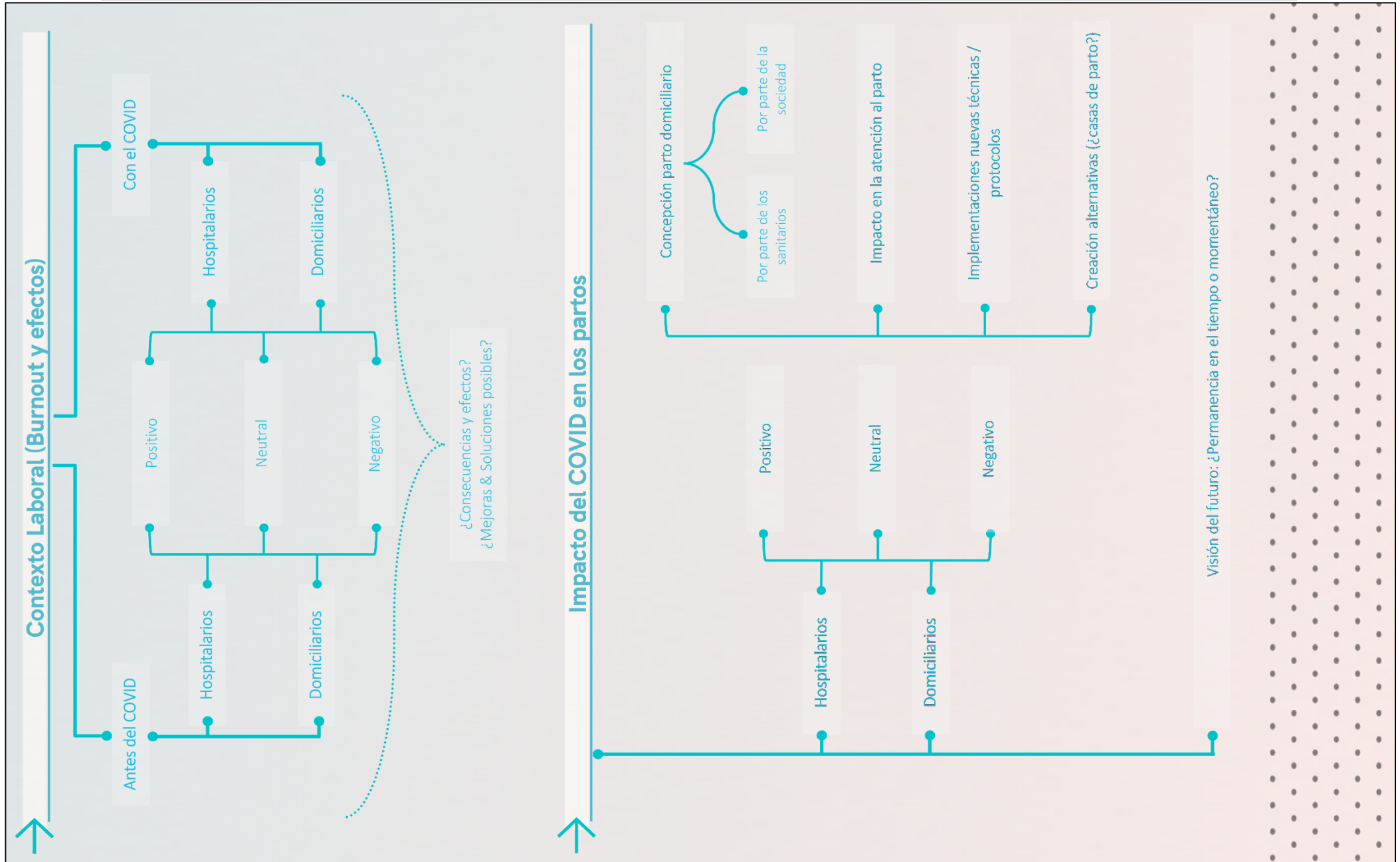
### Preocupaciones y consideraciones



### Atenciones



**Ilustración 2.1.** Primera mitad del guion de las entrevistas semiestructuradas para los profesionales de la salud. [Autoría propia]



**Ilustración 2.2.** Segunda mitad del guion de las entrevistas semiestructuradas para los profesionales de la salud. [Autoría propia]

<p style="text-align: center;"><b>Johanna K.</b> Fecha de la entrevista: 14 dic 2020</p>	<p>Mujer vienesa recién entrada en la treintena que trabaja como administrativa para el gobierno austriaco. Estuvo embarazada por primera vez a finales de 2019 y dio a luz en un hospital público durante la cuarentena en Viena en abril de 2020. Comenta que desde antes de su embarazo le interesaba mucho la temática de la reproducción humana, pero no fue hasta su embarazo que estudió más afondo. Comenta que su mayor fuente de conocimiento sobre los partos y embarazos fueron los libros de la autora Ina May Gaskin, y ahí descubrió más tipologías y alternativas que las que se trataban en sus círculos. Hace saber que tenía mucho miedo una vez se dictaminó la cuarentena, porque no sabía qué iba a pasar ni cómo actuar; empero, indica que las autoridades actuaron rápido y habilitaron un hospital público especialmente para la atención de los embarazos y partos y así evitar el riesgo de contagio y saturación del sistema sanitario. En principio, se planteaba la posibilidad de tener un parto en casa, ya que no es algo extraño ni está tan estigmatizado en Austria como sí ocurre como en España, sin embargo, en una de las últimas revisiones ecográficas -a las que asistía sola sin su marido-, le descubrieron un mioma intramural posterior y le indicaron que tendría que estar en total reposo para que, con suerte, se reabsorba y así pueda tener el parto natural que deseaba aunque fuese en el hospital; de no ser así, tendrían que hacerle una cesárea para evitar cualquier problema. Al preguntarle si esto le producía miedo al dar a luz en el hospital ella me negó diciendo que lo que quería era ante todo seguridad para su bebé, y esa seguridad se la transmitió la ginecóloga y su pareja. Por último, gracias a la reabsorción del mioma tuvo al bebé vaginalmente en donde su pareja pudo estar presente tras realizarse ambos unas PCR.</p>
<p style="text-align: center;"><b>P.M.M.</b> Fecha de la entrevista: 03 abr 2022</p>	<p>Mujer madrileña de 31 años trabajadora en atención al cliente de una franquicia de fontanería. A la fecha de la entrevista (3 de abril de 2022) está embarazada de 6 meses de su segundo bebé. Tiene una hija de 2 años nacida en noviembre de 2020. Volvía en coche tras anunciar su primer embarazo a su familia de Cartagena cuando escuchaba con su pareja (enfermero en activo durante la pandemia) por la radio la implementación del estado</p>

	<p>de alarma en marzo de 2020. Durante la cuarentena, su pareja pilló el COVID y estuvieron dos semanas aislados, él en la planta de arriba del hogar y ella sola en la baja. Durante ese tiempo, las redes sociales eran su medio de información sobre los nuevos protocolos de asistencia al parto y redes de apoyo. Tuvo un parto hospitalario en una entidad pública porque no se planteaba en ningún momento el parto domiciliario -el cual no demoniza- ya que quería evitar el dolor lo máximo posible. Sobre su parto indica que sufrió prácticas de violencia obstétrica como que la mandasen a casa aun habiendo roto aguas y ella tener que insistir para la admisión, la negación al derecho de que su pareja esté acompañándola o la práctica Kriesteller, lo que le provocó una hemorragia apunto de tener que ingresar en la UCI, así como también un mal lavado de la placenta, llegando al nivel de tener la hemoglobina en 8 a los dos meses del postparto. Su pareja asegura que el propio hospital falsificó el acta sobre el parto ya que conoce “<i>esos chanchullos</i>”. No obstante, ninguno de los dos se plantea denunciar ni tampoco tener otro tipo de parto, sólo cambiarán de hospital para su siguiente parto. Vacunada durante su segundo embarazo de ambas dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-19.</p>
<p><b>L.J.D.</b> Fecha de la entrevista: 13 mar 2022</p>	<p>Mujer madrileña de 36 años trabajadora en atención al cliente de una compañía de <i>renting</i>. A la fecha de la entrevista (13 de marzo de 2022) acababa de dar a luz días atrás a su primer bebé. Su embarazo se produjo con la llegada de las vacunas, la cual al principio tenía dudas de ponerse o no pues ella bromeaba diciendo ser “negacionista”; -matizo que no niega la pandemia ni la eficacia de las vacunas, lo que niega es que la mascarilla sea tan necesaria en todo momento como por ejemplo en lugares públicos con suficiente espacio interpersonal o por ejemplo la parturienta en los paritorios-, pero finalmente, tras comunicárselo e instarle su ginecóloga sobre los beneficios y riesgos de la vacuna aceptó y se puso la pauta completa. Su pareja pudo acompañarla en todas las ecografías y, en los últimos meses, le detectaron preclamsia, la cual sólo aumentaba y finalmente, yendo al hospital público preocupados porque tenía la tensión muy alta, les ingresaron para inducir</p>

	<p>el parto. Previamente recibieron múltiples folletos e infografías sobre los partos hospitalarios y los planes de parto. En el hospital, ella pidió medicalización por epidural, pero esta se le inyectó incorrectamente y no hizo efecto, por lo que su pareja no cesaba de insistir en que le pusiesen otro analgésico, pero los profesionales no podían proporcionárselo más. Estuvo 14 horas de dilatación en la sala, no en una habitación, y su pareja a su lado acompañándola y durmiendo en un taburete que le proporcionaron. Finalmente, el bebé nació sin más complicaciones ni tampoco la madre, pero si relata todo el dolor que sufrió, el cual ya iba mentalizada, aunque no tanto, gracias a las clases de preparación al parto a las que asistía.</p>
--	--

---

## B.2. Anotaciones realizadas durante las entrevistas (Los datos pixelados se deben a la petición de confidencialidad de los participantes)

### • Notas entrevista Johanna

Lunes, 14 Dic. 2020 Entrevistada: Johanna.

[mel.gagale.com/spe-moem-gfe](mailto:mel.gagale.com/spe-moem-gfe)

• Miedo embarazo y cambios: Al principio "como todos"

→ Ina May ~~Gaskin~~ Gaskin → Autodidacta? → Calua

• Hospitales + médicos: Calua dentro tormenta →

Muy controlados y asistencia ecos → No

compañero → TRISTEZA POR EL

Confianza en ellos

• Hospital pública Viena especial partos en pandemia

↳ No miedos tanto en contagio al ir ahí.

• Plan de parto / Parto casa: Si planteado →

Retana Ina May Gaskin y + ⇒ Acompaña-

miento y seguridad → Amigos otros años y  
dieron luz casa.

⇒ Detección misma ⇒ Parto hospitalario

seguramente cesárico ⇒ Dr. da tiempo reabsor

ción y evitar cesárea ⇒ Si o si hospitalario

→ Finalmente vaginal ⇒ Total satisfecho

⇒ Parojo pudo acompañar ⇒ Sensación



RESPECTANDO aún no 1º opción.

- PROPUESTAS MESOPAZA + Información estatal.
- > + Inv. desarrollo vacunas.
- > Dpoyo conjunto => SCNMA Y CONFIANZA
- > Buenos médicos y protocolos = Gestión "fácil".
- > Volvería Parto domiciliario si no riesgos.
- > Posible vuelta contactos -> Dispuesta :)

• Notas entrevista P.M.M.

Mo Tu We Th Fr Sa Su 03 Abril 2022 notes

Entrevistada: P

- Noticia embarazo 16 marzo 2020 -> Vuelta sobre de Cartagena (radio) -> Fam. noticia -> Estado de alarma. "¿Qué está pasando?"
- 40+ena llegada
- Parto nov. 2020
- Enfermero -> COVID. mucha estricto
- Ambos cuarentena 30 días el encerrado pero arriba ella sola abajo. "Si llega ser un poco"
- Antojos -> Domicilio
- Familiares desesperados -> Ser visto/sobri
- NO PLANTEA PARTO CASAC -> DOLOR -> Epi - duro -> hospital (sino por confronta?) -> "Todo bien" -> Médicos
- Rotura aguas -> No aceptar entre por no estar muy dilatada -> Insistencia
- Expulsivo -> Práctica de Wasser? -> Buscar tiempo
- 2 veces.

-> Hemorragia y mal lavado placenta.

-> acompañando peso disminuido

o8 hemoglobina 2 meses postparto como

consecuencia violencia obstétrica

-> Falsificación parte: "yo como enfermera

sé que se han falsificado, que se he visto",

o No planean denunciarlo.

o Próximo parto -> Hospitalario (cambio hospital).

-> Posible futuro cambio de nuevo ú

~~equipo de trabajo~~

~~para el (cambio de) trabajo~~

## • Notas entrevista L.J.D.

Mo Tu We Th Fr Sa Su 13. Marzo - 2022

notes

Entrevistada:

- Nació embarazada julio 2021 (ya vacunada)
- Ella 1a dosis previa → Gine recomendó 2a dosis y refuerzo sin miedo - Nacurada ella S, el 2
- "Somos un poco negacionistas" → No de vacunas, si de tanta necesidad y cuidado de higiene ⇒ Aún así cumplían normas ⇒ No miedo ni dudas + normales
- Parto domiciliario "sin sentido" pudiendo ir al hospital, pero no demerita.
- Acomodamiento en su hospital en todas las pro (sabe de otros hospis que no dejaban aún).
- Parto: Hospital preclausa preocupado ⇒ Ingreso y provocación parto con oxitocina ⇒ Pide epidural pero tardan horas → Se la ponen mal ⇒ Dolores piernas con llanto por horas. "Hará el loro" por <sup>→ Imposición Pareja</sup> no poder hacer nada por mí" → Pareja todo el tiempo dilatación y expulsivo en un taburete.
- Para personal "no podía ver una gente".

Mo Tu We Th Fr Sa Su

notes

° Parto vaginal sin episiotomías ni rasurados.

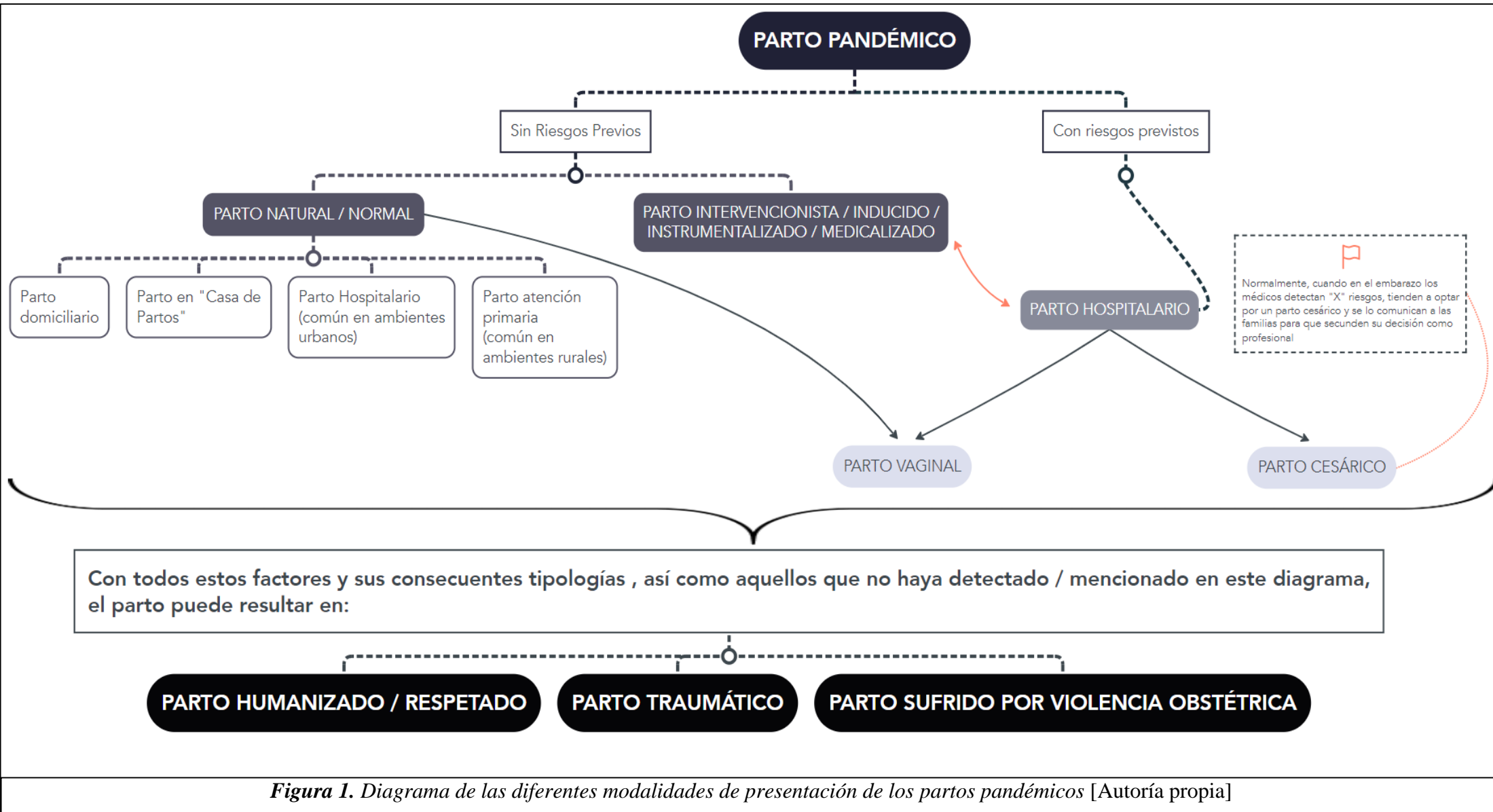
° Entra domingo -> sale martes.

° Hospital muy pro parto respetado -> Ayuda incluso

patronal -> Copueta.

-> Disponible a futuro :)

### B.3. Imágenes, ilustraciones, gráficas, tablas y/o estadísticas



**Figura 1.** Diagrama de las diferentes modalidades de presentación de los partos pandémicos [Autoría propia]

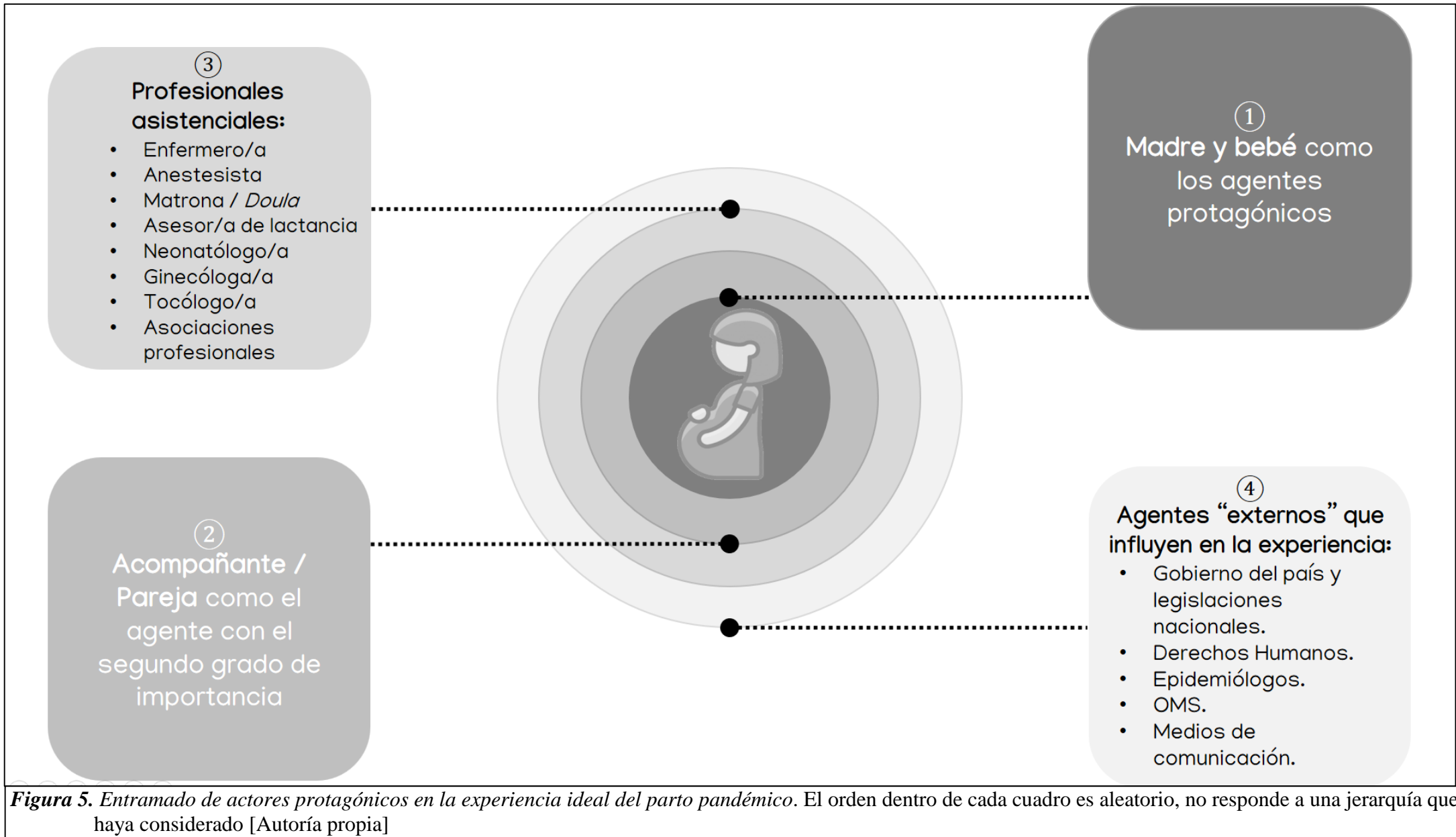


**Figuras 2 y 3.** Fotos de los diseños Parra-Müller. A la izquierda, imagen del Hospital Universitario HM Nuevo Belén (Autoría de David Frutos, 2013). A la derecha foto del Hospital Puerta del Sur de Móstoles, Madrid. [Ambas fotografías recuperadas del artículo de El País, 2018]

Cultura Biomédica de Atención al Parto	Cultura del Parto Respetado
<b><i>Idiosincrasia del parto</i></b>	
Hospitalario	Libre elección
Jerárquico	Horizontal
Androcéntrico	Feminista
Patológico	
Medicalizado	Fisiológico
Intervenido	
Acelerable y medible	Pausado y variable
<b><i>Subjetividades de las mujeres de parto</i></b>	
Paciente → estatus de enferma	Usuaría → mujer de parto
Legítima la cultura biomédica	Crítica con cultura biomédica
Dócil y obediente → sujeto pasivo	Autónoma y decidida → sujeto activo
Desconfiada	Segura
Con incertidumbre	
Vulnerable	Empoderada
<b><i>Rol de profesionales y familiares</i></b>	
El especialista en el centro	La matrona como profesional experta
Actitud apremiante, nerviosa e intranquila	Actitud expectante, sosegada y segura
Rol centrado en la asistencia o intervención	Rol centrado en el acompañamiento
Acompañantes subordinados	Acompañantes delegados y protectores

**Figura 4.** Tabla de las diferencias culturales entre el parto biomédico y el parto respetado [Autoría de Murialdo, 2019: 246].





<b>Ginecólogos/as</b>	<b>Matronas</b>
Son cirujanos especialistas en las patologías de los órganos reproductivos de la mujer.	Son especialistas en la fisiología del parto y su formación está orientada a preservarla. Integran los aspectos psicológicos y sociales de la atención.
Su formación está orientada a la intervención para solucionar problemas. La especialización en los casos de alto riesgo impregna con frecuencia la atención que prestan a mujeres con embarazos de bajo riesgo, a las que no hace ningún bien y puede causar un daño considerable.	Más que intervenir, su formación está orientada a preservar la normalidad del parto y prestar apoyo a la madre.
Sus intervenciones suelen ser invasivas y conllevan riesgos que hacen necesario valorar cuidadosamente la relación riesgo/ beneficio.	Tienen un amplio repertorio de medidas sencillas y no invasivas para solucionar los problemas que puedan presentarse. Ofrecen un tipo de atención flexible e individualizada.
Su trabajo se concentra en determinados aspectos de la salud de la mujer.	Tienen una perspectiva global de la salud de la mujer al estar versadas en aspectos tales como la depresión postparto, la lactancia o la menopausia.

Fuente: Henci Goer, *Guía de la Mujer Consciente para un Parto Mejor*, Ob stare, 2008.

**Figura 6.** Tabla de diferencias matronas/es ↔ Ginecólogos/as. [Recuperado de: El Parto es nuestro, ¿Por qué una matrona?]

INDICADORES DE CALIDAD DE PROGRAMA DE PARTO RESPETADO 2015	
NUMERO DE NACIMIENTOS	2434
PREMATURIDAD ( < 36.6)	6.69%
PARTOS GEMELARES	30
USO DE OXITOCINA EN DILATAACION	43.22%
% INDUCCION	29.08%
TIPOS DE PARTO	EUTOCICO 63.86% CESAREA 18.38 % INSTRUMENTALES 17.76%
INDICE DE ANALGESIA EPIDURAL	PARTO CON EPIDURAL 62.4% PARTO CON RAQUIDEA 9.07% ANESTESIA GENERAL 1.1% SIN EPIDURAL 27.43%
POSTURAS EXPULSIVO	SEMIFOWLER 31.3% LITOTOMIA 14.9% DECUBITO LATERAL 5.01% SILLA DEPARTOS 9.53% CUADRUPEDIA 2.87% BIPEDESTACION 1.39% BAÑERA 1.84%
DESGARROS	GRADO III 0.98% GRADO IV 0.16%
EPISIOTOMIA	12.11%
INMERSION EN BAÑERA DURANTE PARTO	3.04% (60.8% de ellas con expulsivo en agua)
PACIENTES CON 2 CESAREA PREVIA (29)	3 PARTO VAGINALES 1 CESAREA EMERGENTE 86% CS PROGRAMADA
PACIENTE CON 1 CESAREA PREVIA	17.9% CS PROGRAMADA <b>72.41 % PARTO VAGINAL</b>

**Figura 7.** Indicadores de calidad del programa de parto respetado del Hospital de Torrejón. Datos extraídos del año 2015. [Recuperado de: Hospital de Torrejón].




 Autor

### **Casa de Naixements, Migjorn**

**Muchas gracias a tod@s por vuestros comentarios y por vuestro apoyo. De todo se aprende. Esta ha sido la peor experiencia con los medios que hemos vivido. Es cierto que siempre esperas algo mejor, no dejan nunca de buscar el sensacionalismo, pero NUNCA había sido tan tergiversada.**

**Y... Nunca hay mal que por bien no venga... Nos habéis hecho llegar tanto apoyo que nos sentimos muy arropadas, queridas, valoradas y con fuerza para seguir siendo nosotras:**

**Un equipo que cuida la vida desde el inicio **

**Hay que seguir haciendo visible que es una OPCIÓN.**

**MUCHAS GRACIAS!!!  **

**[#decidoparirencasa](#)**

**[#decideixopariracasa](#)**

**[#partorespetado](#)**

**[#partrespectat](#)**

**[#naixementrespectat](#)**

**[#nacimientorespectado](#)**

**[#embarazoconsciente](#)**

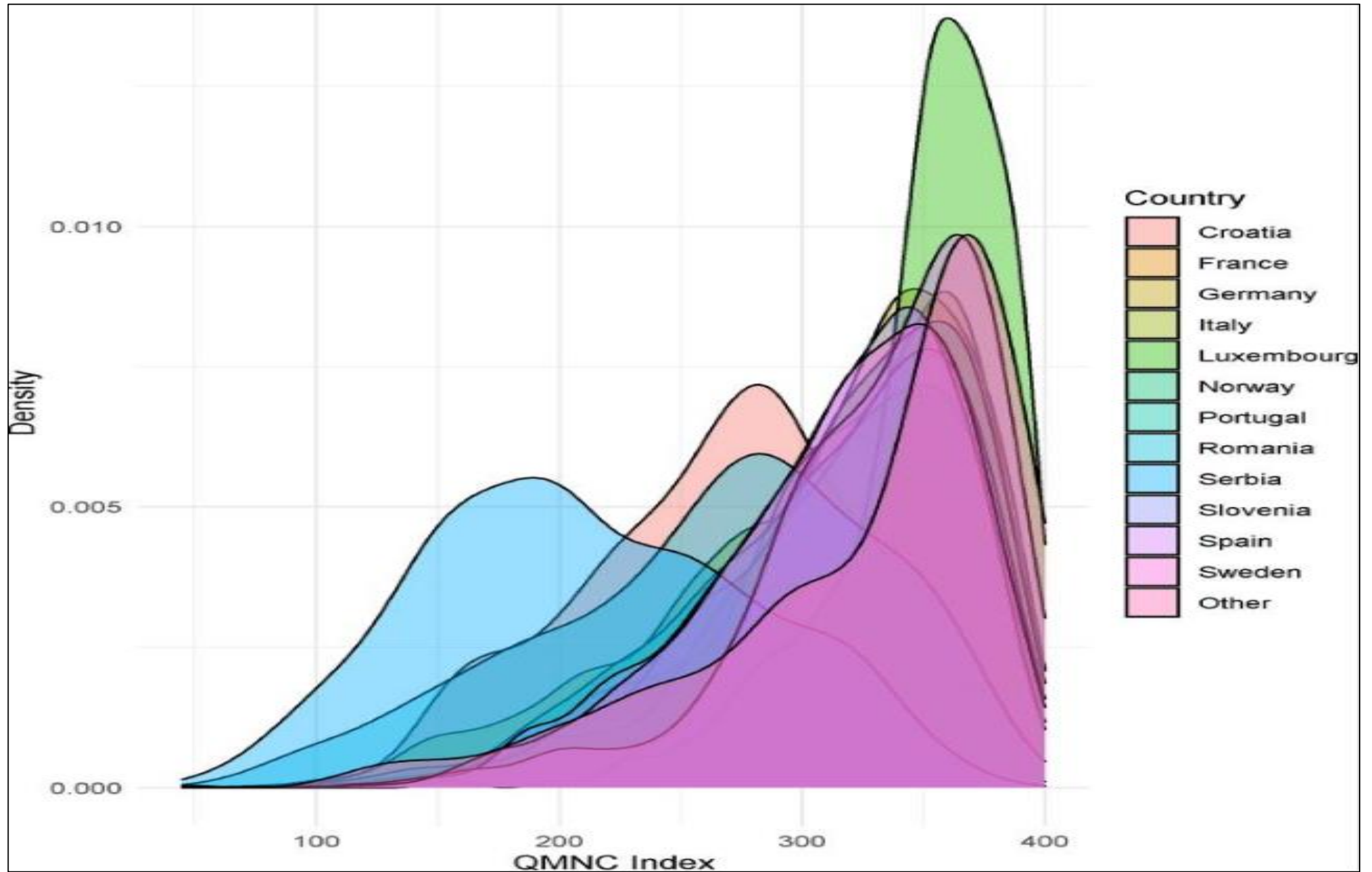
**[#embaràsconscient](#)**

**[#casadenaixementsmigjorn](#)**

1 año Me gusta Responder



**Figura 8.** Comentario de la página de Facebook de la Casa de Naixemnt, Migjorn respecto a la tertulia de *La hora de la 1* de RTVE emitido 01 feb 2021 [Autoría del comentario de la Casa de Naixements, Migjorn]



**Figura 9.** Gráfica sobre la media de los niveles de calidad de atención y cuidados a las madres y recién nacido (QMNC) en mujeres europeas durante la pandemia entre marzo de 2020 y marzo de 2021 [Lazzerini et al. 2022]