

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
IDEOLOGIAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:
EL CASO DEL AREA 12 DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Maria Isabel Blázquez Rodríguez
ISBN:978-84-692-5930-6/DL:T-1669-2009

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
IDEOLOGIAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:
EL CASO DEL AREA 12 DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Maria Isabel Blázquez Rodríguez
ISBN:978-84-692-5930-6/DL:T-1669-2009

Maribel Blázquez Rodríguez

**Ideologías y prácticas de género
en la atención sanitaria del
embarazo, parto y puerperio:
el caso del área 12 de la
Comunidad de Madrid**

TESIS DOCTORAL

dirigida por la Dra. **Mari Luz Esteban Galarza**
Departamento d' Antropologia, Filosofia i Treball Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2009

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
IDEOLOGIAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:
EL CASO DEL AREA 12 DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Maria Isabel Blázquez Rodríguez
ISBN:978-84-692-5930-6/DL:T-1669-2009

“Lo viejo se resiste a morir y lo nuevo no termina de nacer”

Antonio Gramsci

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
IDEOLOGIAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:
EL CASO DEL AREA 12 DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Maria Isabel Blázquez Rodríguez
ISBN:978-84-692-5930-6/DL:T-1669-2009

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no podría haber visto la luz sin las generosas aportaciones de un gran número de personas. Por ello, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a:

- Al Instituto de Salud Carlos III por la concesión de una beca de investigación para realizar esta tesis. He de nombrar a algunas personas como el director de mi proyecto, Fernando Villar Álvarez, jefe del Departamento de Programas de Salud, donde he estado trabajando, y a Lucía Mazarrasa Alvear, junto a otras compañeras. Otros apoyos que se iniciaron en esta institución y han contribuido en la lectura, corrección y ánimo para no desalentarme han sido Eva Bolaños Gallardo y Matilde Palma Ruiz.
- De la antropología han sido fundamentales aquellas personas con las que inicié este camino de tesis, becas de investigación y hemos ido compartiendo fatigas, tareas y risas, como Ana Toledo Chávarri, Olga Mancha Cáceres, M^a Jesús Montes Muñoz, Laura Otero García, Cristina Biescas Alonso, Belén Molinuevo Puras, siendo crucial el apoyo de José Ignacio Pichardo Galán. Al igual que algunos profesores y profesoras de la Autónoma de Madrid como Virginia Maquieira D'Angelo y Álvaro Pazos Garcíandia. También a Pablo por su ayuda en la escritura.
- Para conciliar la tesis con la vida, con la maternidad y con una carrera investigadora, han estado cerca muchas personas que han ampliado mis relaciones de parentesco. En primer lugar, mi familia, que ha sabido respetar y acompañarme en mis decisiones: mis padres, Jacinto y Mari, mis hermanos: Jacinto y Reme, Eva y Fran y Cristina, y a los "peques": Carlos, David, Sergio y Laura. A mis grandes amigas que se han quedado con Carlos para que me fuera a hacer una entrevista o ir al hospital o encerrarme a escribir y sobre todo para escucharme: gracias a Paco Puente Expósito, Cristina Cantalejo Recio, Almudena Mari Sáez, Sara Calle Bermúdez, Izaskun Herrojo Salas, Mónica Ramos Toro, Eva Alonso Díaz, María Rincón Rico, Juanes Moreta Romero y a la familia SMA.
- Agradezco a todas las personas que facilitaron que esta investigación fuese aprobada, a las profesionales que me dejaron acompañarlas en sus trabajos, a todas las mujeres y los hombres, que me abrieron sus vidas, sin los que las páginas de esta tesis estarían vacías.

Pero sobre todo esta tesis está en deuda con Mari Luz Esteban Galarza, que sin conocerme, aceptó ser mi tutora y acompañarme en este proceso, que nos ha llevado más tiempo del esperado, y de la que he aprendido no sólo en lo académico sino también en lo personal. Gracias.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
IDEOLOGIAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:
EL CASO DEL AREA 12 DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Maria Isabel Blázquez Rodríguez
ISBN:978-84-692-5930-6/DL:T-1669-2009

INDICE

INTRODUCCIÓN	17
PRIMERA PARTE	27
1. MARCO ETNOGRÁFICO–SANITARIO	29
1.1. LA ATENCIÓN SANITARIA AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	30
1.1.1. Notas sobre la historia de la atención sanitaria al epp	30
1.1.2. Normas y organización de la atención sanitaria al epp	36
1.1.3. Algunos datos sobre la atención sanitaria al epp	39
1.2. EL ÁREA SANITARIA 12 DE LA COMUNIDAD DE MADRID	47
1.2.1. Los municipios de Villafranca y Noceda	47
1.2.2. Los centros sanitarios y sus profesionales: el itinerario sanitario del epp	50
1.2.3. Los protocolos y programas	53
1.2.4. Las asociaciones de profesionales y de mujeres	55
1.2.4.1. Asociación de profesionales de ginecología y obstetricia: SEGO	55
1.2.4.2. Asociaciones de mujeres: Asociación Nacer en Casa	56
1.2.4.3. Asociaciones de mujeres: Asociación La liga de la Leche	57
1.2.4.4. Asociaciones de mujeres: Asociación El Parto Es Nuestro	58
2. MARCO TEÓRICO	61
2.1. SOBRE LAS IDEOLOGÍAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO	62
2.1.1. Definiendo algunos conceptos en torno al género	63
2.1.2. Aportaciones para una perspectiva feminista en el epp	67
2.1.2.1. Desde organizaciones de salud	68
2.1.2.2. Desde las asociaciones y el movimiento feminista	70
2.1.2.3. Desde la antropología de la reproducción	73
2.1.3. Participación de los hombres en el epp	77
2.2. SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA Y EL MODELO BIOMÉDICO	80
2.2.1. El modelo biomédico	81
2.2.1.1. Las enfermedades como desviación de una norma biológica	83
2.2.1.2. Las enfermedades como procesos universales	86
2.2.1.3. La presunta neutralidad de la biomedicina	87
2.2.1.4. La legitimación de la tecnología	88
2.2.1.5. El saber de los expertos	90
2.2.2. La lógica productivista	92
2.2.2.1. El valor económico de la atención sanitaria	92
2.2.2.2. El modelo productivo en la organización sanitaria	93
2.2.2.2.1. Sobre el enfoque del epp	94
2.2.2.2.2. Sobre el producto	95
2.3. SOBRE EL PROCESO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: ENFOQUES Y PROPUESTAS	95
2.3.1. Partes del proceso	96
2.3.1.1. El embarazo	96
2.3.1.2. El parto	98
2.3.1.3. El puerperio	98
2.3.2. El epp en su conjunto	99
2.3.2.1. El epp como un proceso de riesgo y patológico	100
2.3.2.2. El epp como un proceso fisiológico	102
2.3.2.3. Los derechos de los embriones, fetos y neonatos/as	106
2.3.2.4. Visiones en torno a la maternidad	108

3. MARCO METODOLÓGICO	115
3.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	116
3.2. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	119
3.2.1. Técnicas de investigación	120
3.2.1.1. <i>Observación participante</i>	120
3.2.1.2. <i>Entrevistas individuales y grupales</i>	123
3.2.1.3. <i>Análisis documental</i>	125
3.2.2. Población de estudio	125
3.2.2.1. <i>Mujeres</i>	126
3.2.2.2. <i>Profesionales sanitarias</i>	136
3.2.3. Unidades de análisis	141
3.2.4. Trabajo de campo	142
3.2.4.1. <i>Acceso al contexto etnográfico</i>	143
3.2.4.2. <i>Información y difusión de la investigación</i>	145
3.2.4.3. <i>Trabajo de campo</i>	146
3.2.5. Análisis de los datos	148
3.3. EL GÉNERO EN LA ETNOGRAFÍA	148
3.3.1. <i>Una etnografía desde el feminismo</i>	149
3.3.2. <i>La no explicitación en la investigación de la posición feminista</i>	150
3.3.3. <i>Las relaciones con el objeto de estudio: investigar una experiencia vivida</i>	151
3.3.4. <i>El género de la persona que investiga</i>	153
3.3.5. <i>Las relaciones de poder y de igualdad en la investigación</i>	155
3.3.6. <i>Las preguntas y sus efectos</i>	157
3.3.7. <i>Los diferentes significados de la igualdad</i>	159
SEGUNDA PARTE	161
4. ITINERARIO SANITARIO ASISTENCIAL	163
4.1. LA ASISTENCIA AL EMBARAZO	163
4.1.1. <i>Centros de salud y matronas</i>	165
4.1.1.1. <i>Las consultas individuales</i>	165
4.1.1.2. <i>Los cursos grupales</i>	167
4.1.2. <i>Centros de especialidades y obstetras</i>	169
4.1.2.1. <i>Primera visita de control del embarazo: antes de la 12 semana</i>	170
4.1.2.2. <i>Segunda visita de control del embarazo normal: semana 12 a 14</i>	171
4.1.2.3. <i>Tercera visita de la 20 semana: realización de ecografía del 2º trimestre en el hospital</i> ..	172
4.1.2.4. <i>Cuarta visita de control del embarazo normal: semanas 26 a 28</i>	172
4.1.2.5. <i>Quinta visita de control del embarazo normal: semanas 32 a 34</i>	173
4.1.2.6. <i>Sexta visita de control del embarazo normal: semanas 35 a 36</i>	174
4.1.2.7. <i>Séptima visita de control del embarazo normal: semanas 37 a 38</i>	174
4.1.2.8. <i>Octava visita de control del embarazo normal: a partir de la semana 37</i>	175
4.1.3. <i>Consultas del embarazo de alto riesgo en el hospital</i>	175
4.2. LA ASISTENCIA AL PARTO	175
4.2.1. <i>El filtro de las urgencias</i>	176
4.2.2. <i>El servicio de paritorio</i>	181
4.3. LA ASISTENCIA AL PUERPERIO	184
4.3.1. <i>El puerperio inmediato en el paritorio</i>	184
4.3.2. <i>El servicio de puerperio y las enfermeras</i>	185
4.3.3. <i>Desde que se regresa al domicilio: centros de salud y matronas</i>	187

5. CONTROL BIOMÉDICO DE LA ATENCIÓN: ENFOQUE DE RIESGO, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, PRODUCTIVISMO Y PROFESIONALES.....	191
5.1. EL ENFOQUE DE RIESGO.....	192
5.1.1. Aparición del concepto “riesgo” en el día a día	193
5.1.2. Aplicación de los factores de riesgo.....	194
5.1.2.1. <i>La edad, un factor de riesgo confuso</i>	198
5.1.3. Parto en casa: la opción de más riesgo para la biomedicina.....	201
5.2. MEDICALIZACIÓN COMO FORMA DE AFRONTAR EL RIESGO.....	203
5.2.1. Organización y frecuencia de las visitas.....	203
5.2.2. Cuestionando las pruebas y procedimientos	205
5.2.2.1. <i>El screening del primer trimestre: limitaciones y efectos</i>	211
5.2.3. La rigidez del cumplimiento de los protocolos	215
5.3. EL PRODUCTIVISMO	218
5.3.1. El productivismo en el embarazo: el sistema de citas	219
5.3.2. El productivismo en el parto: el control de los tiempos.....	221
5.3.3. El productivismo en el puerperio: la menor atención a las mujeres.....	225
5.3.4. La centralidad del producto: el bienestar del feto.....	230
5.4. RELACIONES DE PODER ENTRE PROFESIONALES Y USUARIAS.....	232
5.4.1. Profesionales: obstetras, matronas, enfermeras y auxiliares.....	233
5.4.2. Obstetras y matronas: del trabajo en equipo a la autonomía.....	235
5.4.3. Relaciones entre profesionales y mujeres: variaciones en el control biomédico ..	237
5.4.4. Ser mujeres y ser profesionales: influencia en la atención	243
6. PROPUESTAS PARA UN MAYOR CONTROL DEL EPP POR PARTE DE LAS MUJERES: EL ENFOQUE FISIOLÓGICO	247
6.1. DIFERENTES SIGNIFICADOS Y PLANTEAMIENTOS EN TORNO AL ENFOQUE FISIOLÓGICO.....	248
6.1.1. La “naturaleza humana”	249
6.1.2. El “embarazo y parto normal”	252
6.1.3. La “humanización del nacimiento”	253
6.2. ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE EL ENFOQUE FISIOLÓGICO Y EL DE RIESGO: ALGUNAS CUESTIONES PENDIENTES.....	257
6.2.1. Énfasis en lo biológico	259
6.2.2. Las mujeres y “lo natural”	260
6.2.3. Uniformización de las mujeres.....	261
6.2.4. La necesidad del control médico	262
6.3. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL: LUCES Y SOMBRAS	265

7. LAS MUJERES EMBARAZADAS: PARTICIPANDO EN LA ATENCIÓN SANITARIA Y CONSTRUYENDO LA MATERNIDAD	271
7.1. EL CONTROL DE LAS MUJERES EN LA ATENCIÓN AL EPP.....	272
7.1.1. No están todas las mujeres que son.....	273
7.1.2. La información que quieren frente a la que reciben	276
7.1.2.1. La información que reciben las mujeres	276
7.1.2.2. Lo que preguntan o quieren saber.....	280
7.1.3. Las decisiones que toman las mujeres	282
7.1.4. El papel de las personas que acompañan a las mujeres.....	287
7.1.5. Las consecuencias: maltrato institucional.....	290
7.2. LAS MUJERES Y SUS TRABAJOS: DESENCUENTROS.....	293
7.2.1. Las mujeres embarazadas no cuentan para el trabajo remunerado	293
7.2.2. Los trabajos de las mujeres	295
7.2.3. La protección laboral durante el epp	297
7.3. LA CONSTRUCCIÓN DE LA MATERNIDAD	300
7.3.1. Designar a las mujeres como madres antes de serlo.....	300
7.3.2. El vínculo con la criatura: el contacto piel a piel y la lactancia materna.....	303
7.3.4. Las contradicciones de la maternidad en la vida de las mujeres.....	307
8. LA PARTICIPACIÓN DE LOS HOMBRES	317
8.1. RAZONES PARA LA PARTICIPACIÓN	318
8.2. LA DIVERSIDAD ENTRE LOS HOMBRES	321
8.3. FORMAS DE PARTICIPAR.....	323
8.3.1. Cuándo y dónde están presentes los hombres en la atención sanitaria.....	323
8.3.1.1. En las consultas de obstetricia	323
8.3.1.2. En los cursos grupales de preparación del embarazo	325
8.3.1.3. En el servicio de paritorio	328
8.3.1.4. En el puerperio	331
8.3.2. La participación en el epp.....	333
8.3.3. La baja por paternidad	335
8.4. TENSIONES: CAMBIOS Y CONTINUIDADES	337
8.4.1. Reconocer, respetar y vivir el embarazo en un cuerpo ajeno.....	337
8.4.2. Los malestares masculinos durante el epp	338
8.4.3. El modelo de pareja heterosexual y complementaria.....	339
9. CONCLUSIONES.....	343
9.1. CONTRASTANDO LAS HIPÓTESIS.....	343
9.2. ALGUNAS SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN	358
10. BIBLIOGRAFÍA.....	365

11. ANEXOS	381
ANEXO 1. GUIÓN DE LA ENTREVISTA	381
ANEXO 2. LISTADO DE CONTACTOS DEL ÁREA 12	382
ANEXO 3. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO	383
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA OBSERVACIÓN	387
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENTREVISTA	388
ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTA GRUPAL	389
ANEXO 7. INFORME DE COMITÉ ÉTICO	390
ANEXO 8. INFORME DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN	391
ANEXO 9. CONTRATO DEL HOSPITAL DE VILAFRANCA	392
ANEXO 10. CARTA INFORMATIVA	396
ANEXO 11. CARTEL INFORMATIVO	397
ANEXO 12. GUÍA DE ASOCIACIÓN EL PARTO ES NUESTRO	398
ANEXO 13. FOLLETO DE PARTICIPACIÓN DE LOS HOMBRES	400

ÍNDICE DE TABLAS, CUADROS Y GRÁFICOS

GRÁFICOS

Gráfico 1	Evolución de Tasa de Fecundidad en España de 1970 a 2004	40
Gráfico 2	Evolución de los nacimientos en España: 1975– 2005	41
Gráfico 3	Distribución del número de nacimientos por edad de la madre en la Comunidad de Madrid	42
Gráfico 4	Evolución de la mortalidad materna en España: 1997– 2004	43
Gráfico 5	Evolución de la mortalidad perinatal en España: 1997– 2004	44
Gráfico 6	Distribución por grupos etarios de la población del municipio de Noceda, 2008	48
Gráfico 7	Distribución por grupos etarios de la población del municipio de Villafranca, 2008	49
Gráfico 8	Trayectos sanitarios y tipo de atención durante el embarazo	164
Gráfico 9	Itinerario sanitario durante el puerperio	184
Gráfico 10	Acompañantes de las mujeres en las consultas de obstetricia, área 12	288

TABLAS

Tabla 1	Tasa de Fecundidad en países europeos por intervalos, 2006	50
Tabla 2	Itinerario para la atención al epp	93
Tabla 3	El valor los procesos relacionados con el epp	122
Tabla 4	Descripción de la observación participante	123
Tabla 5	Tipos de entrevistas y duración	124
Tabla 6	Entrevistas a mujeres	135
Tabla 7	Entrevistas a hombres	136
Tabla 8	Entrevistas a profesionales	141
Tabla 9	Unidades de análisis	142
Tabla 10	Contenidos de las sesiones de los cursos de nivel II	169
Tabla 11	Factores de riesgo durante el embarazo	194
Tabla 12	Revisión de las principales pruebas y procedimientos durante el embarazo	207
Tabla 13	Revisión de las principales pruebas y procedimientos durante el parto	208
Tabla 14	Tiempos establecidos como “normales” durante el parto	221
Tabla 15	Diferencias entre matronas en las informaciones que transmiten	239
Tabla 16	Beneficios del contacto y la lactancia materna	304

CUADROS

Cuadro 1	Actividades de la segunda visita de control del embarazo	172
Cuadro 2	Actividades de la tercera visita de control del embarazo	173
Cuadro 3	Actividades que se repiten de la visita tercera a la última en el embarazo	173
Cuadro 4	Actividades al ingreso en el servicio de paritorio	182
Cuadro 5	Actividades que se realizan durante el parto	183
Cuadro 6	Actividades en el puerperio inmediato en el servicio de paritorio	184
Cuadro 7	Actividades al ingreso en el servicio de puerperio	187
Cuadro 8	Contenidos de los cursos de postparto de nivel III	188

INTRODUCCIÓN

I

Cuando en el año 2003 presenté el proyecto de tesis doctoral en el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo, con el fin de conseguir la financiación necesaria para realizar la investigación, las expectativas sobre cómo se iría integrando la perspectiva de género en el ámbito de la salud eran aún inciertas. En este sentido, una de las cuestiones más importantes que subyacían a las preocupaciones de este trabajo, como era, la posibilidad de que la igualdad se convirtiera en uno de los objetivos prioritarios en la agenda política del Gobierno de España, se antojaba una posibilidad remota. Sin embargo, el 7 de marzo de 2007 se aprobó la Ley de Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres, y posteriormente se aprobó la Estrategia para la Atención al Parto Normal del Observatorio de Salud de la Mujer, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, una estrategia elaborada desde una perspectiva que en este trabajo denominaremos “enfoque fisiológico”, que introduce la perspectiva de género en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio (epp de aquí en adelante).

Estos hechos –porque efectivamente hay que calificarlos de “hechos” y no meramente de teorías o de elucubraciones políticas o intelectuales demagógicas–, sucedidos en un breve espacio de tiempo, han sido claves para que, en la actualidad, el tema que desarrolla y sobre el que reflexiona nuestra investigación haya cobrado una relevancia fundamental, dando un paso al frente e impulsando el trabajo de grupos o asociaciones de mujeres preocupadas por dicha problemática. Así como también parece haber adquirido en el ámbito sanitario: hoy en día son muchos los grupos de investigación interesados en lo que ocurre, en cómo ocurre y en hacia dónde se dirige la inclusión de la perspectiva de género en el área de la salud.

II

La atención sanitaria al epp ha sufrido importantes modificaciones a lo largo de lo que podría considerarse su historia de vida. Sin ir más lejos, en el siglo pasado la atención fue desplazada del ámbito doméstico –donde el proceso del epp era atendido por mujeres y se centraba en el parto–, al ámbito de los hospitales en el que hoy se realiza su seguimiento –sitio en donde el epp es manejado por personal médico e incluye visitas de control que se inician en el embarazo y no finalizan hasta transcurrido un mes posterior al nacimiento–.

Para analizar el proceso de atención al epp en particular, nuestra investigación parte de las ideas generales aportadas por la antropología médica, una rama de la antropología que ha dirigido sus herramientas conceptuales a analizar la forma –y el fondo– en que cada sociedad maneja los procesos de salud, enfermedad y atención, definidos como aquel *“conjunto de representaciones y prácticas culturalmente estructuradas de las que cualquier sociedad se dota para responder a las crisis derivadas de la enfermedad y la muerte, donde también se incorporan los procesos de atención”* (Menéndez, 1978:12).

De este modo, gracias a la ayuda de la antropología médica hemos perfilado, hemos dado cuenta del modelo concreto que *“dirige”*, ordena la atención de los procesos de salud y enfermedad en España: el llamado modelo biomédico o biomedicina (Comelles y Martínez, 1993:87), un modelo hegemónico que se ha hecho desde hace ya tiempo.

III

La atención a los procesos de salud y enfermedad en España dentro de este modelo biomédico, ha ido evolucionando y consolidándose, de modo que en la actualidad el sistema sanitario funciona como la institución portadora de los conocimientos y de la autoridad necesarios a la hora de regular todo lo concerniente a los procesos de atención al epp. Entre sus *“objetivos”* se pueden nombrar los de explicar los significados sobre la reproducción o modelar cómo las mujeres y sus parejas deben situarse ante sus epp, porque lo que está en juego en el envite no es un asunto personal de las mujeres y de los hombres, sino la reproducción de la sociedad destinada a conseguir individuos, trabajadores, sujetos de derechos (y de deberes). Y tan delicada tarea no puede dejarse librada al azar.

A pesar de que esta forma de asistencia, basada en la medicalización de los procesos, se presenta a ojos vista como la más normal, como la forma natural de atención, no siempre ha ocurrido así; tampoco es la única forma de atención existente en nuestra sociedad, y a su vez difiere de ciertos modelos que pueden hallarse en sociedades europeas, donde dentro del sistema biomédico existen otras alternativas, como por ejemplo la posibilidad de realizar partos domiciliarios. Por tanto, la atención actual al proceso del epp no es otra cosa que un proceso histórico y socialmente construido y, por tanto, un proceso cambiante, en el que los postulados biomédicos que lo apuntalan son orientados de acuerdo a las visiones socioculturales de los actores y grupos sociales que en él intervienen.

IV

Para realizar nuestra etnografía se seleccionó un área sanitaria de la Comunidad de Madrid, de las once que existen, área en la que se solicitaron las autorizaciones pertinentes para llevar a cabo el trabajo de campo. Sin embargo, los hechos que describimos podrían ser similares a otras Comunidades y áreas sanitarias, pues hay características compartidas tanto de la organización como de las profesionales y de la población usuaria. Por ello, y para evitar una mirada directa sobre la misma, hemos decidido anonimizar el área sanitaria en cuestión, bautizándola como Área sanitaria 12 de la Comunidad de Madrid. A su vez, también se han empleado nombres ficticios para designar a los dos municipios analizados dentro de ella: Noceda y Villafranca han sido los nombres elegidos.

Así pues, en esta investigación presentamos la realidad de la atención sanitaria al epp en el Área 12 de la Comunidad de Madrid, en los municipios de Noceda y Villafranca; una realidad que cuenta con sus propias definiciones de lo que supone el proceso de epp, que tiene sus lugares privilegiados donde se atiende el proceso –centros y hospitales–, que cuenta con personas provistas de saberes y tecnologías apropiadas para asistir el proceso según los criterios sobre los que se alza –obstetras y matronas–, y que ha desarrollado un itinerario sanitario asistencial a seguir en el que se llevan a cabo determinadas pruebas y procedimientos a las mujeres que en él ingresan (Jordan, 1993:48).

Pero si uno de nuestros objetivos es mostrar el funcionamiento de la realidad en la atención sanitaria al epp, sin duda subyace a él el ambicioso objetivo de detectar cómo se gestan y se dan al interior de la misma, determinadas ideologías y prácticas de género. Y, dando un paso más, el trabajo pretende preguntarse críticamente –y responder lo más exhaustiva y responsablemente posible también– cómo se pueden ofrecer en la atención sanitaria analizada una serie de propuestas dirigidas a la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres.

V

La elección del proceso del epp como objeto de estudio surgió de una serie de interrogantes que, a priori, establecían la presunción de que, al dirigirse a las mujeres, dicha atención traía incorporada una perspectiva de género que promovía la igualdad. Las preguntas iniciales fueron: ¿Qué implica la presencia de la perspectiva de género en los procesos de salud, enfermedad y atención? ¿Qué significado adquiere tal perspectiva en el proceso del epp? ¿Qué es y qué supone exactamente la perspectiva de género en la atención sanitaria al epp? ¿Cómo entienden esta perspectiva los agentes

implicados en el proceso, tanto las profesionales como las mujeres que acuden al sistema sanitario público? ¿Qué convergencias y divergencias aparecen? Dar respuestas a estas cuestiones, siempre complejas, nos ha conducido a examinar por ejemplo cómo surgen y de qué forma se visionan determinadas definiciones sobre las mujeres y los hombres, o de qué modo se explican sus diferencias respecto a la reproducción, la maternidad o la paternidad.

Por tanto, uno de los retos de nuestra investigación ha sido clarificar qué se esconde bajo la misma denominación de perspectiva de género en el epp. Para deshacer los múltiples y complejos nudos allí presentes hemos recurrido a los estudios procedentes tanto de la antropología de la reproducción como de la teoría feminista; en los que se subrayan una serie de significativos elementos a la hora de visibilizar la subordinación de las mujeres en el proceso de atención al epp, y a la hora de explicar, de explicitar en qué debería consistir la igualdad en el proceso asistencial que estudiamos.

Resumiendo, pensar, reflexionar por un lado sobre las ideologías y las prácticas de género constituye una estrategia esencial para conocer la forma y el fondo del sistema de género que subyace a la atención sanitaria; y, por otro lado, delimitar el estudio a un caso concreto como el proceso del epp puede ser –ésta al menos ha sido nuestra intención– un primer paso para encontrar relaciones generalizables a otros procesos sanitarios. Y, finalmente, haber centrado el contexto etnográfico de estudio en una única área sanitaria de la Comunidad de Madrid, nos ha permitido mostrar un ejemplo bien concreto de análisis y llevar adelante propuestas para mejorar la atención que, en la actualidad, reciben las mujeres y los hombres de cara al nacimiento de un nuevo ser.

VI

Algunos de los cambios que se han propuesto en la asistencia obstétrica desde las instancias oficiales se dirigen a integrar la perspectiva de género, presentándose el enfoque fisiológico como una visión diferente para atender y para entender el epp y el papel de las mujeres en el mismo. Así, uno de los municipios analizados, el de Villafranca, participa en un proyecto financiado por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo, cuyo objetivo es disminuir la medicalización del epp. Sin embargo, las mujeres y sus parejas que acuden al sistema y que han participado en nuestro estudio en el municipio de Villafranca, han estado alejados de estas propuestas y de las reivindicaciones sociopolíticas que del proyecto se derivaban. Los debates que existen sobre la atención sanitaria al epp los conocen, si acaso, a través de los medios de comunicación o gracias a las profesionales que los atienden. Pero, desde luego, sus necesidades y demandas no son realmente atendidas,

y aunque las mujeres no se identifiquen como feministas ni hablen del género en la atención, sí quieren en muchos casos mejorar su condición como mujeres y tener un protagonismo en él, como queda reflejado en sus discursos y en sus prácticas; aunque también en discursos y prácticas se percibe, como es lógico, la incorporación socializada de ciertos mandatos externos, como la “naturalidad” con la que se asume que sea la autoridad médica quien lleve el control del proceso.

VII

Para dar cuenta de todas estas cuestiones, esta tesis se organiza en dos grandes partes: la primera de ellas describe el diseño de la investigación y su fundamentación teórica, y la segunda entra de lleno en los hallazgos.

La primera parte se presenta estructurada en tres capítulos. El primero de ellos corresponde al marco etnográfico, y en él se da cuenta del contexto de estudio, situando la historia de este proceso asistencial, las normas que lo rigen y la forma de organización que lo define. Se realiza a su vez, en este capítulo, la presentación del Área 12 de la Comunidad de Madrid desde una visión sociodemográfica, a la vez que se describen las normas y especificidades de la red de servicios sanitarios establecidos para la misma. Concluimos este capítulo describiendo las asociaciones profesionales y las asociaciones de mujeres, cuyos discursos intervienen en los cambios y transformaciones presentes. En este capítulo se puede apreciar de qué forma se desarrolla el proceso asistencial al epp en una sociedad como la madrileña, cuyas características demográficas incluyen, entre otras, una baja tasa de natalidad, a pesar del crecimiento propiciado por el mayor número de nacimientos de mujeres extranjeras. Esta baja tasa de natalidad produce, por ejemplo, que las mujeres y sus parejas se posicionen ante el epp de maneras diversas, y que en líneas generales planteen demandas específicas como el control médico del proceso o el uso de tecnologías y procedimientos mediante los cuales garantizar el bienestar de la criatura.

Los planteamientos teóricos de nuestra investigación son abordados en el capítulo 2, a su vez organizado en tres grandes apartados con el objetivo de distinguir cada uno de los ejes fundamentales que definen nuestro objeto de estudio: ideologías y prácticas de género, atención sanitaria, y el epp.

En el primer apartado se abordan los contenidos de los términos género y feminismo. Para entender la situación actual sobre la perspectiva de género en la salud se lleva a cabo un estado de la cuestión, donde se incluyen los estudios desarrollados al respecto por la antropología de la reproducción. El detalle prestado a algunos puntos de este segundo capítulo se debe a un interés central: permitimos visibilizar la historia y,

dentro de ella, los diferentes significados de los distintos grupos de profesionales y de asociaciones con respecto al epp, posiciones que van desde la valoración de que las mujeres deben asumir el control de sus propios cuerpos a las críticas a la medicalización o a la participación de los hombres en la reproducción.

La segunda parte del capítulo 2 se detiene en el modelo biomédico y sus presunciones, como la construcción de la normalidad que sostiene la universalidad de los procesos de salud y enfermedad y la neutralidad asociada a la práctica biomédica. Asimismo, se introduce en el análisis la lógica productivista como otro elemento sobre el que se sustenta la biomedicina, que consigue que la atención a los procesos de salud y enfermedad se centre en lo productivo. En la tercera parte, cerrando el capítulo correspondiente al marco teórico, exploramos las principales definiciones que encontramos en los estudios previos sobre el epp, y que se vislumbran posteriormente en los discursos de las y de los actores sociales durante el trabajo de campo. En este sentido, encontramos por ejemplo con el enfoque que hemos denominado de riesgo, construido desde la biomedicina y centrado tanto en prevenir y detectar problemas como en gestionar la incertidumbre ante la enfermedad y la muerte, que en épocas pasadas había acompañado al epp con altas cifras de mortalidad materno-infantil. Sin embargo, vemos también que junto a estos saberes biomédicos legitimados o “conocimientos autorizados” (Irwin y Jordan, 1987:319–320), han coexistido otros saberes no siempre incluidos, como los de una parte de la matronería o los de las asociaciones de mujeres feministas y de salud, interesadas por un lado en lograr una atención no intervencionista o medicalizadora y, por otro lado, en defender que el control de la reproducción se sitúe en manos de las mujeres. Dichos saberes subalternos han logrado hacer emerger otro modelo que, nombraremos como enfoque fisiológico, que destaca la normalidad y la naturalidad del epp en la vida de las mujeres. Por último, hacemos un repaso teórico y práctico de algunas representaciones y discursos de diferentes grupos sociales, que versan sobre cuestiones tales como los derechos de los embriones, fetos y criaturas y acerca de la maternidad.

Esta primera parte concluye con el capítulo 3, en el que abordamos el marco metodológico que ha sostenido los pilares de nuestra investigación doctoral. Además de describirse con exhaustividad los objetivos e hipótesis, las técnicas empleadas y las unidades de análisis; en este capítulo nos detenemos a revisar las variables que han influido en los discursos de la población de estudio y que, por tanto, determinan la presentación de las informantes de esta investigación. A continuación, se incorpora un apartado descriptivo en el que reflexionamos sobre las condiciones en las que se ha desarrollado esta etnografía sanitaria, y otro que reflexiona sobre las implicaciones que

conlleva la apuesta por la transversalidad de una perspectiva feminista en la investigación.

La segunda parte de nuestra investigación se centra, como decíamos, en los resultados de la etnografía realizada, y está conformada por cinco capítulos. El primero de ellos, el capítulo 4, comienza con el punto de partida del epp: el hecho de que, cuando las mujeres sospechan o saben que pueden estar embarazadas, casi todas ellas acuden al sistema sanitario para que atienda este proceso; es decir, que acuden al sistema biomédico. En consecuencia, se configura a partir de entonces un itinerario común para todas las mujeres, que se inicia en el embarazo con una serie de visitas y pruebas, continúa con el parto, que se realiza en el hospital y, tras el nacimiento, dando comienzo al puerperio con unos días de estancia en el centro y concluyendo con unas visitas a los centros de salud dirigidas tanto a la mujer como a la criatura recién nacida. Aunque la atención sanitaria diferencia este proceso en tres etapas claras –el embarazo, el parto y el puerperio– en realidad existe un *continuum* que se manifiesta, sin ir más lejos, en las vivencias de las mujeres, en las representaciones, discursos y prácticas de las profesionales y en los protocolos de los centros en los que se atiende.

El capítulo 5 aborda la forma específica en que se produce el control biomédico del epp a través del enfoque de riesgo mencionado, en y a través del cual, los procesos corporales son interpretados desde lo biológico y desde las probabilidades estadísticas, actuándose sobre ellos mediante una serie de procedimientos sanitarios –controles y pruebas–, que quedan establecidos en los protocolos y programas, y que a su vez operan como guía para la práctica de sus profesionales sanitarios, con el fin de alejar la muerte y la enfermedad y de garantizar la salud de la mujer y de la criatura que va a nacer. La lógica productivista interviene aquí y ahora, y se encarga de dar forma a los argumentos que las profesionales transmiten a las mujeres para explicarles el por qué del itinerario de la atención sanitaria que deben seguir, lo que impide la posibilidad de incorporar al sistema modos alternativos de atención.

A continuación, nos detenemos en este capítulo a presentar a las profesionales, quienes en su mayoría reproducen el control biomédico de la atención al adscribirse al enfoque del riesgo y al cumplimiento de los protocolos. Sin embargo, algunas permiten ciertas aperturas y muestran flexibilidad para que las mujeres participen también en la toma de decisiones relativas a sus embarazos y partos, lo que supone el enlace con otros enfoques.

En el capítulo 6 damos cuenta de las características del enfoque fisiológico, entendiéndolo como una visión que, en la actualidad, se propone desde diversas

esferas para otorgar mayor protagonismo a las mujeres. Aquí también se incluye la descripción y análisis de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo, normativa elaborada bajo este enfoque y contra la que se han alzado algunas críticas, que han sido recogidas durante nuestra investigación. Su proceso de elaboración, en el que hemos estado presentes, ha permitido que se hayan hecho visibles diferentes voces, tanto de profesionales como de asociaciones, y que de este modo pudieran conocerse sus variadas visiones ante el epp y ante la perspectiva de género en este proceso concreto.

Si bien la Estrategia de Atención al Parto Normal se presenta como la normativa que garantiza los derechos de las mujeres y el acceso a una atención basada en la igualdad entre los hombres y las mujeres, en sus definiciones ya se advierten ciertas contradicciones o dilemas que, según nos parece, pueden significar cierta continuidad del enfoque de riesgo y del control biomédico, teniendo en cuenta sobre todo el énfasis que se pone en lo biológico, la naturalización de las mujeres, la uniformización de la atención y el apoyo “prestado” a la hegemonía de la biomedicina en la gestión de los procesos de salud y enfermedad.

Centrado en las mujeres, el capítulo 7 presenta a las destinatarias de los servicios sanitarios, aludiendo a las formas que tienen, algunas de ellas, de intentar participar en sus procesos de atención al epp. Los aspectos que mostramos para dar cuenta de estas iniciativas están referidos a los procesos de transmisión de información y el acceso a la toma de decisiones. Sin embargo, como veremos, surgen conflictos entre lo que las mujeres demandan y lo que reciben. Estas tensiones resultan especialmente visibles respecto a todo aquello relativo a la relación de las mujeres con el trabajo remunerado y a la forma en la que esto se comprende por parte de las profesionales que las atienden; algo que ha quedado de manifiesto es que éstas no parecen comprender la compleja situación de las mujeres con el empleo, ya que pocas veces se dan respuestas a sus demandas laborales, a la vez que habitualmente se las incita a “olvidar” dichas cuestiones invitándolas a centrarse en la maternidad. Además, los discursos sobre el Ideal de Maternidad se construyen destacando la importancia del “vínculo materno-filial” y la lactancia materna, sin advertir las contradicciones que pueden encontrar las mujeres.

Esta enculturación, que supone que las mujeres deben ser las garantes del bienestar de sus criaturas nos permite, junto a los anteriores elementos citados, que observemos que la división sexual del trabajo sigue reproduciéndose y que dado que son las mujeres las que asumen la crianza y el trabajo doméstico, suelen abandonar aunque sea

temporalmente el mercado laboral. Aunque se percibe también que la mayor autonomía de las mujeres en el momento presente ha provocado que éstas se coloquen ante la reproducción de un modo distinto al que venían haciéndolo históricamente.

El último capítulo se dirige a los hombres, a las parejas de las mujeres participantes en nuestra investigación. Describimos entonces cuándo aparecen los hombres en la atención sanitaria al epp y qué tipo de demandas hacen, tanto a las profesionales como a las mujeres. Presentamos algunos datos sobre el derecho al permiso por paternidad intransferible y los usos que están haciendo algunos hombres del mismo. Para concluir, se plantean algunas tensiones que no están siendo abordadas sobre la participación de los hombres en el epp, incluyendo las vivencias que tienen al participar de un proceso que se da en un cuerpo ajeno, los malestares que padecen, la idealización de la relación de pareja que socialmente se establece y la naturalización de las diferencias entre los hombres y las mujeres en base a la complementariedad entre los sexos.

VIII

Como señalábamos al principio de esta introducción, nuestra investigación doctoral ha sido financiada mediante una beca del Instituto de Salud Carlos III para el doctorado en Antropología Social y Cultural desde junio de 2003 a mayo de 2007¹. Por tal motivo, nuestro trabajo etnográfico se ubica en el marco de una institución sanitaria dirigida a la Salud Pública, interesada en mejorar los procesos de atención y salud de la población. Así, nuestro trabajo supone una firme apuesta de acercamiento entre la antropología y el sistema sanitario biomédico, mostrando de qué manera nuestra disciplina puede y debe participar en esta tarea. Por un lado, debido a que existe una reciente tradición de estudios antropológicos sobre el género y la salud reproductiva en nuestro país, y por otro lado porque la antropología dispone de la metodología apropiada para acercarse a conocer las vivencias y opiniones de los diferentes agentes sociales involucrados en la atención sanitaria a los procesos de salud y enfermedad en general, y al proceso del epp en particular.

Las revisiones y apuntes que realizamos en nuestra tesis pretenden describir, con la mayor exactitud posible, lo que hemos encontrado en la observación de la atención sanitaria, tanto en lo que respecta a la teoría existente sobre el tema como al trabajo de campo que hemos llevado a cabo. Este ejercicio puede ser interpretado como político, militante y excesivamente crítico –lo asumimos–, pues la investigación cualitativa tiene

¹ Esta beca forma parte del programa Intramural del Instituto de Salud Carlos III para jóvenes investigadores en salud. La investigadora ha formado parte del Departamento de Programas de Salud de la Escuela Nacional de Sanidad, dedicada a la formación, investigación y asesoría en salud.

la capacidad de hacer visibles situaciones que no somos capaces de advertir de otras maneras.

Mostrar nuestra gratitud, finalmente, a todas aquellas personas que han participado en la investigación, y decirles, a modo de “disculpa” tardía si se quiere, que hemos tomado sus discursos y revisado sus prácticas entendiéndolas no sólo como producto de un quehacer individual del cual pueda desprenderse que los hacemos “responsables”, sino que, muy por el contrario, buscamos encontrar a partir de estos comportamientos las dinámicas socioculturales en que se sitúan y el contexto en el que se producen las relaciones sociales observadas. Y cuyo resultado ha sido comprender – en definitiva, la más cuidada de nuestras intenciones– de qué manera estas dinámicas se encargan de reproducir y reforzar las desigualdades existentes, única forma de dar a luz, de abrir vías alternativas para promover los cambios necesarios y las mejoras pendientes en el sistema sanitario público.

Maribel Blázquez Rodríguez

Madrid, 23 de abril de 2009

PRIMERA PARTE

1. MARCO ETNOGRÁFICO-SANITARIO

Presentamos, en este primer capítulo de la investigación, el marco etnográfico-sanitario encargado, precisamente, de enmarcar el análisis de nuestro objeto general de estudio: la atención sanitaria al epp (1.1.). Objeto que, por otra parte, se desarrolla en un sitio concreto. Así, se ha propuesto para tal sitio un área sanitaria que hemos dado en llamar “área sanitaria 12” (1.2.) –la Comunidad de Madrid cuenta con once áreas sanitarias–, para lo cual, partiendo de datos concretos, se han anonimizado dos municipios que reciben en este trabajo los nombres “ficticios” de Noceda y Villafranca.

En la primera parte del capítulo observamos el análisis de cómo se ha ido organizando la asistencia al epp, con el objetivo de trazar las coordenadas principales de un mapa que nos brindará las claves para comprender cómo es y cómo se desarrolla todo lo referente al contexto etnográfico de esta investigación. De ahí que este “rastreo” comience dando cuenta, por ejemplo, de los nacimientos, que hace apenas cincuenta años eran atendidos en el ámbito doméstico y familiar, mientras que en la actualidad se llevan a cabo en hospitales, y cuentan con atención previa y atención posterior, realizada por profesionales sanitarios.

Acto seguido, ponemos sobre la mesa datos estadísticos sobre la atención al epp que sitúan contextualmente el número de nacimientos, las cifras de mortalidad materna e infantil, además de otros datos pertinentes a la investigación, derivados de la práctica sanitaria, como el número de cesáreas, inducciones y episiotomías.

A continuación se explican las normas que existen para regular la atención al epp en nuestro país, normas que han establecido en qué lugares, qué profesionales y qué tipo de intervenciones pueden ser llevadas a cabo según las leyes vigentes.

En la segunda parte del capítulo, ofrecemos los datos más relevantes sobre “nuestra” área sanitaria 12 de la Comunidad de Madrid, centrados ya de lleno en la descripción de los municipios anonimizados de Noceda y Villafranca. Las características de estos sitios proporcionan información sobre el contexto social en los que ambos se insertan, y nos permiten ubicar a las mujeres que utilizan la atención sanitaria al epp. Para ello se describen a su vez los servicios sanitarios que existen en este área y la forma en la que se organizan en relación a la atención al epp, junto con los programas y protocolos que orientan la práctica sanitaria.

Para cerrar, presentamos por un lado a las asociaciones de profesionales vinculadas con la problemática que nos ocupa y, por el otro, a las asociaciones de mujeres, ya que sus discursos y sus prácticas inciden, cada vez con mayor fuerza, en la información acerca de la atención sanitaria al epp y en los cambios que deberían darse.

Con esta información queda presentado el contexto de esta etnografía con los elementos que le definen como las normativas, la organización, los datos relativos al epp y las asociaciones que han participado en el estudio junto con las profesionales y las mujeres usuarias.

1.1. LA ATENCIÓN SANITARIA AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Iniciamos este apartado con una contextualización sociohistórica que informe sobre las razones que han ido conformando que la atención sanitaria al epp se dé tal y como la conocemos actualmente. Esta visión se completa con las normas y los protocolos que establecen desde qué lugares y profesionales sea la asistencia. Por último se aportan una serie de datos estadísticos que sitúan el tipo de atención sanitaria y los indicadores que son empleados para su descripción.

1.1.1. Notas sobre la historia de la atención sanitaria al epp

La atención sanitaria que actualmente se da al epp en la Comunidad de Madrid se caracteriza por verse enmarcada en el sistema biomédico: consta de controles o visitas a los servicios desde el inicio del embarazo, sitúa el parto y el nacimiento en el hospital y verifica controles durante el posparto. Dichas actuaciones son recientes en la historia de nuestro país, por lo que informar sobre los principales factores que han propiciado este cambio ayuda a entender la organización sanitaria presente, y también a mostrar cómo la atención al epp se ha configurado históricamente a partir de factores socio-culturales específicos.

Sin pretender realizar aquí un análisis demasiado extenso, como sí hacen Teresa Ortiz (1999:55-79; 2001a:165-188), Monserrat Cabré y Ortiz (2001:9-24) y M^a Jesús Montes (2007:11-36) en sus estudios, vemos que hasta el siglo XVII la atención durante el proceso que analizamos se centraba en los partos, y era prestada principalmente por mujeres. Eran las parteras, quienes disponían de saberes para asistir al parto, considerados propios de las mujeres por la sociedad de la época. Es a partir del siglo

XVIII y bien entrado el siglo XIX que, coincidiendo con el desarrollo de la medicina moderna, nace la obstetricia² como especialidad médica.

En un primer momento, comienza a profesionalizarse la atención al parto con la introducción de instrumental médico como los fórceps, diseñados para intervenir en los alumbramientos anormales, con lo cual, como es lógico suponer, se inaugura el concepto de “anormalidad en el parto”, legitimándose, por otra parte, a los hombres cirujanos como profesionales aptos para atender estos procesos, excluyéndose por tanto a las mujeres, tal y como describen Susana Narotzky (1995:60) y Adrienne Rich (1996:227). De este modo, la obstetricia queda constituida, fijada como un área de la ginecología dirigida al estudio de la gestación, el parto y el puerperio, junto con todas las patologías que se deriven de estos procesos. Y los hombres quedan a su vez fijados como responsables para atender las “anormalidades” que pudieran presentarse.

Durante el siglo XIX, la penalización del aborto en Inglaterra va unida firmemente a la consolidación de la profesión médica y a la lucha por controlar campos como el de la atención al epp por parte de los hombres, que había estado, como observábamos, en manos de las mujeres y las comadronas (Narotzky, 1995:60). Cuando los cirujanos comienzan a intervenir en la asistencia a los partos normales, se posicionan ya en una relación de competencia con las comadronas, situación que sigue vigente en la actualidad, entre otras consideraciones porque las matronas continúan estando, en más de un sentido, bajo el control y el seguimiento médico (Montes, 2007:25).

Barbara Ehrenreich (1990:111–116) y Ortiz (2006:191) indican que el proceso descrito en líneas anteriores, ejercido por la medicina obstétrica, proceso que como se ha dicho pretende controlar y regular el saber popular de los grupos tradicionalmente dirigidos a la atención de la reproducción como las mujeres –comadronas, matronas y sanadoras–, ha provocado la deslegitimación y la invisibilización de sus conocimientos al respecto. Y, ante la situación de alteridad frente al cuerpo médico, estos saberes específicos no han podido revertir la situación.

Esta situación mantiene su vigencia en el presente, y sin ir más lejos las informaciones que podrían cuestionar el control y la práctica del cuerpo médico son poco difundidas o encuentran muchas dificultades para ser reconocidas. A este respecto se puede ver cómo determinadas declaraciones o documentos –por ejemplo, la Declaración de

² Las otras áreas de la ginecología son la ginecología clásica y la oncología. La palabra obstetricia deriva del latín *obstare*, que significa “estar a la espera”. Actualmente, el personal médico realiza la especialidad en ginecología, pero a lo largo de su proceso de formación, y también durante el ejercicio de la profesión, se va especializando en uno de estos ámbitos. De modo que aunque la titulación sea igual para todo el personal, cada profesional se identifica, bien como obstetra, bien como ginecóloga, aunque preste atención sanitaria en ambas áreas.

Fortaleza de la OMS (1985)–, además de diferentes informes que cuestionan la forma de atender al parto del actual sistema biomédico hospitalario, son prácticamente desconocidas por el personal sanitario y por las usuarias. En los últimos años, esta información está siendo difundida por las asociaciones de mujeres, por grupos profesionales de matronas y por algunas instituciones, como el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ahora bien: en nuestro país, el proceso de apropiación de la atención del parto de las comadronas y de las propias mujeres por la medicina obstétrica (Ortiz, 2001b:60) comienza a darse a la par que surgen las medidas de protección a la maternidad: la Ley de 13 de marzo de 1900, que establece las condiciones de trabajo de infantes y mujeres; la Ley de 13 julio de 1922, sobre el descanso de maternidad que crea un periodo de reposo de seis semanas anteriores al parto y de otras seis semanas posteriores al mismo; y, en 1929, la inauguración del primer seguro social sanitario, bautizado como Seguro de Maternidad (Imaz, 2008:160–161; Guillen 1996:89–90,130–133).

Unos años después se aprueba la Ley sobre sanidad materno–infantil, de 12 de julio de 1941, se desarrolla la formación de las matronas bajo la supervisión de la obstetricia, se crean seguros sociales para la cobertura pública del parto, como la matronería de asistencia social y sanitaria, y, progresivamente, se va implantando y consolidando el sistema de seguridad social. También se “despliegan” los hospitales, munidos de su modelo hospitalario (Comelles, 1993:179–181), y en los años 60 se fundan, en la Comunidad de Madrid, las grandes maternidades, como la Maternidad de O’Donell, La Paz y el Doce de Octubre.

Todo ello favoreció el acceso a la atención hospitalaria y a que se difundiera la idea de que el mejor modelo para la atención al parto era bajo el sistema biomédico, en el hospital. María Fuentes señala al respecto que *“hubo un momento de máxima medicalización del parto en España en los años 50, 60, 70. Las mujeres consideraban «muy moderno» parir con anestesia, sin dolor, y se pasa del pentotal a la epidural. La lactancia materna alcanza las cotas más bajas a favor del biberón de leche artificial”* (2008:6).

Este desplazamiento en la atención al embarazo y al parto, del ámbito privado y doméstico al ámbito público hospitalario, se inicia pues en los años 60, terminando de consolidarse en los años 90. Jesús de Miguel (1984:39) apunta al respecto que, en 1969 en España, todavía sólo un 44% de los nacimientos se producían en los hospitales, mientras que en 1985 el porcentaje ascendía al 82,5%. En 1995 ya correspondía al 99,1% (Llácer, 2000:1).

Los cambios reseñados los comenta también Consuelo Ruiz Vélez-Frías³, una matrona que desde 1945 trabajó tanto en la atención pública de la Beneficencia Municipal de Madrid como de forma independiente, atendiendo partos en domicilios. Así, señala por ejemplo que en 1976, en la nueva Maternidad Provincial de Madrid, centro dotado de los mejores adelantos modernos, se celebró un Cursillo de actualización obstétrica para matronas, en el que se preconizaba *“la abolición del parto natural como función fisiológica normal y su sustitución por un tratamiento específico del mismo, como si fuera una enfermedad”* (Ruiz Vélez-Frías, 2009:74).

Las razones para estas transformaciones es preciso vincularlas a una larga serie de representaciones que se fueron construyendo, y cuya conclusión fue entender al parto como un proceso de riesgo, donde se podría producir la muerte de la mujer o de la criatura. El hospital era, por tanto, el garante de la seguridad de ambos.

En este sentido, relacionar el tipo de parto hospitalario con la efectiva disminución de la mortalidad ha sido un “eficaz” argumento utilizado por sus defensores, en muchos lugares del mundo y a lo largo de la historia de la atención obstétrica. Sin embargo, algunos estudios muestran que en las épocas en que las mujeres acudieron en mayor medida al hospital para dar a luz, las tasas de mortalidad aumentaron; y cuando no aumentó la hospitalización del parto, disminuyeron las tasas de mortalidad materna y perinatal (Tew, 1998). Así, en 1965 la mortalidad perinatal en hospital se situaba en el 32,1 por 1000 nacimientos, y en el 1972 ascendió a 63,3 (De Miguel, 1984:40).

Con el fin de disminuir la mortalidad, tanto materna como infantil, a partir del siglo XIX comenzó a promoverse, desde diferentes ámbitos de la sociedad, que las mujeres fueran atendidas por personal médico especializado –de ginecología–, y también que acudiesen a parir a los hospitales. La institución sanitaria se encargó, a partir de ese momento, de ir estableciendo cuáles eran las intervenciones necesarias para evitar o para controlar los riesgos, configurando un determinado y bien concreto sistema de atención. Este sistema de atención inicialmente se centraba en el parto, pero poco a poco fue ampliándose a todo el proceso del embarazo y también a los procesos posteriores al nacimiento de la criatura, para valorar si existiera indicio alguno de malestar en la mujer y/o en la criatura.

Hay que decir, siguiendo en este caso a Josep M^a Comelles (1985:140–141), que de esta forma se produce la “condición de asistabilidad”, en el sentido de que se generan un

³ Consuelo Ruiz Vélez-Frías (1914–2005) es una de las referentes de las asociaciones Nacer en Casa y El Parto Es Nuestro y otras relacionadas con el nacimiento, ya que fue la primera persona en promover la preparación al parto sin dolor, el enfoque fisiológico del epp y una atención al parto no dirigida.

conjunto de reglas, necesariamente arbitrarias, encargadas de definir que dicho sujeto – las mujeres embarazadas– y que dicho problema –el epp–, será atendido por el sistema sanitario. El epp pasa entonces a convertirse en un proceso asistible, los partos son atendidos en los hospitales en lugar de en las casas, y desde el comienzo de su embarazo las mujeres son examinadas por personal cualificado (matronas tituladas y personal de obstetricia). Hoy en día, la modalidad descrita bajo el sistema médico es la más común, la mayoritaria y la que se encuentra legitimada, y exige conformidad con su visión sobre este proceso (Martin, 1987:13).

Los argumentos señalados siguen aún vigentes, sin ir más lejos cuando se afirma que una de las principales causas de mortalidad materna e infantil se debe a que, en muchos lugares, los partos se realizan en los domicilios y por parte de personal no cualificado. De modo que en diferentes guías y declaraciones sobre las razones para establecer programas de salud materno–infantil se citan ambos elementos. Por ejemplo, el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children's Emergency Fund, UNICEF), en su informe del 2008, señala que en los países en vías de desarrollo las cifras de mortalidad materna son de 400 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, y en los países industrializados la cifra es de 8. En los países en vías de desarrollo –indica a su vez este informe– el porcentaje de partos atendidos por profesionales sanitarios sólo representa el 59% (2008:12). El informe resalta que estas cifras se relacionan, además de con la ausencia de atención de profesionales cualificados, con la imposibilidad de acceder a la atención sanitaria prenatal, a la atención obstétrica de emergencia y la nutrición poco o nada adecuada. La mejora de la mortalidad materna en el periodo que va del año 2000 al año 2005, se relaciona así con el aumento de la cobertura de atención prenatal y con el aumento de la asistencia cualificada durante el parto.

Pero otros hechos que han contribuido al descenso de la mortalidad materna, como las condiciones nutricionales y de salud de las mujeres, las condiciones higiénicas de los partos o el nivel de instrucción de las mujeres (Montes, 2007:27–29), por citar aquí sólo algunos de los factores, han quedado invisibilizados.

Por otra parte, apreciamos que en la memoria de ciertos actores sociales se “graba” la cuestión de la atención como el factor más decisivo de todos, aunque esto no sea –como vamos e iremos viendo– del todo cierto. En este sentido, el director de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la sociedad médica más importante de nuestro país en lo que concierne a la especialidad, asegura que si bien en la disminución de la mortalidad han influido muchos factores y que “no cabe duda que no

puede atribuírsele a uno solo, sin embargo procede asignar parte de él a los profesionales que atienden los embarazos, partos y puerperio y sin duda a la pareja profesional obstetra–matrona” (Director de la SEGO, texto extraído del Folleto Los Consejos de tu Matrona [sin fecha]:5)⁴.

Siguiendo el hilo de estas consideraciones, el matrn Jesús Sanz, de la Asociación Nacer en Casa, opina que es un error medir la calidad obstétrica sólo en relación con la mortalidad materno–infantil, pues se olvidan otros parámetros asistenciales como la utilización adecuada de las nuevas tecnologías, el abandono de prácticas rutinarias, la atención a las necesidades de la mujer y el seguimiento de las recomendaciones de la OMS establecidas en 1985⁵.

La asistencia al nacimiento ha sido, en efecto, uno de los fenómenos sociales que más modificaciones han sufrido, tanto en relación a la manera de manejarlos como a las diferentes elaboraciones culturales que se han ido estableciendo en cada contexto histórico, económico, social y político. En este sentido, el mayor control sanitario actual aquí descrito se muestra como un proceso, queda dicho, relativamente reciente, pues comenzó a forjarse, desarrollarse y consolidarse en los últimos 50 años; proceso cuya consolidación invisibilizó otras formas de operar el nacimiento, como los partos en casa o domiciliarios, que siguen produciéndose y son, por otro lado, una modalidad más en la atención sanitaria en otros países europeos, cómo veremos con mayor detalle en el capítulo 5.

Esta visión, que subraya la necesidad de un mayor control en el proceso del epp, se contradice con informaciones como la que nos proporciona UNICEF (2008:54), vinculadas a que, según la organización internacional, no todos los partos requieren de asistencia médica, sino sólo entre el 15% y el 25%, pues el resto de los partos se desarrollan sin problemas, lo cual depende de la salud general de las mujeres. Es decir, en los lugares donde existe mayor pobreza es en los que surgen más complicaciones y problemas.

Finalmente, resaltar que el tipo de atención sanitaria se describe como *“un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de medicina y de enfermería especializados, como sucede en países como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica”* (OSM–MSC, 2008:16); un modelo de atención frente al cual encontramos otro no

⁴ Este es uno de los documentos gratuitos que se dan a todas las mujeres embarazadas y que ha sido realizado por la Asociación Española de Matronas.

⁵ Actualmente, las principales causas de mortalidad infantil en nuestra sociedad son debidas a la prematuridad y a las malformaciones congénitas (OSM–MSC, 2008:13–14; Europeristat, 2008:13–15), como revisaremos más adelante en este mismo capítulo.

institucionalizado, donde adquieren mayor protagonismo las matronas, como ocurre en Holanda y en los Países Escandinavos; y también encontramos un modelo intermedio de parto institucionalizado y humanizado, como sucede en Reino Unido y en Alemania. Estas variantes en la práctica obstétrica son las que nos permitirán hablar entonces de “etno-obstetricias”, término utilizado por Carol McClain (1975; en Davis-Floyd y Sargent, 1997:2).

1.1.2. Normas y organización de la atención sanitaria al epp

El Sistema Nacional de Salud ha establecido diferentes normativas para ordenar la asistencia al nacimiento en los centros públicos. Estas normativas pueden agruparse en aquellas de carácter estatal, que constituyen la referencia principal para todas las Comunidades Autónomas, y las normativas propias de la Comunidad de Madrid donde nuestra investigación ha tenido lugar, que suponen la adaptación de las normativas estatales al contexto de dicha Comunidad.

Entre las normas sanitarias nacionales encontramos, en primer lugar, la Ley General de Sanidad de 1986. Esta Ley no legisla específicamente sobre salud materno-infantil, pero en su disposición quinta, punto tercero, menciona dar continuidad a la Ley de 12 de julio de 1941, antes señalada, sobre sanidad infantil y maternal. En la misma Ley, en el título III, capítulo 4, se establece la obligatoriedad de las Comunidades Autónomas de elaborar un plan de salud, donde se ubicará la atención del epp. En 1995, el Ministerio de Sanidad y Consumo describe un Plan de Salud como guía para todo el territorio nacional, que contiene 6 capítulos. En el cuarto de ellos se plantea la salud materno-infantil como una de sus áreas de intervención, donde los programas de atención al epp figuran con los siguientes objetivos: *“Disminuir la morbimortalidad materno-infantil, disminuir la incidencia de minusvalías, discapacidades y deficiencias físicas o psíquicas y disminuir los riesgos de enfermedad en la población adulta”* (MSC, 1995:102).

Previamente a este plan se publicaron dos propuestas del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: la primera, de 1990, sobre el Programa de Salud Materno-infantil; y la segunda, en 1992, sobre Criterios Mínimos en Prevención y Promoción de la Salud Materno-infantil.

Al respecto, otro de los documentos importantes de ámbito nacional es la Estrategia del Atención del Parto Normal del Observatorio de Salud de la Mujer, del Ministerio de

Sanidad y Consumo (OSM–MSC, 2008)⁶, aprobado en octubre de 2007 en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y elaborado como documento consensuado entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas sobre la atención sanitaria al parto normal. Esta estrategia se sitúa dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, y describe cuatro líneas de acción dirigidas a promover cambios en la asistencia al parto. La primera, el seguimiento de las recomendaciones de la Declaración de Fortaleza realizada por la OMS (1985). La segunda línea de acción se basa en la participación de las mujeres en la toma de decisiones. La tercera, en la formación de profesionales de la medicina y de la enfermería para implantar esta estrategia. Y la última, se centra en la investigación y buenas prácticas para atender el parto normal.

Además, en este documento se establecen tres ejes transversales de equidad, que son:

- La diversidad, referida a las distintas capacidades de las mujeres que acuden a ser atendidas en su parto, como es el caso de mujeres con discapacidades físicas, sensoriales y psíquicas que puedan requerir una atención adaptada a sus necesidades.
- La multiculturalidad, por el mayor número de mujeres de otra nacionalidad, proceso que exige integrar aspectos interculturales en la práctica sanitaria.
- La perspectiva de género, para que las mujeres sean las protagonistas de su atención, y para la participación de sus parejas (*“facilitar el desarrollo de los derechos y responsabilidades de los padres”*, OSM–MSC, 2008:22).

A través de estos tres ejes se pretenden disminuir las desigualdades en la atención sanitaria, que quedan así referidas a la discapacidad, la procedencia extranjera y las relaciones de género.

Ahora bien: el sistema biomédico que hemos comenzado a describir y cuyas características continuaremos analizando a lo largo de nuestra investigación, se organiza, tanto administrativa como territorialmente, en áreas de salud. Estas áreas corresponden a un espacio y a una población concreta, y agrupa una serie de centros sanitarios. De este modo, en el caso que nos ocupa, la Comunidad de Madrid, se definen once áreas, y cada una de ellas tiene un funcionamiento autónomo pero similar, que sigue las directrices marcadas por la Dirección General del Instituto Madrileño de Salud (que articulan en este sentido las directrices establecidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo para todo el Sistema Nacional de Salud).

⁶ Ha sido impulsado por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo, pero fue elaborado mediante grupos de trabajo, que se reunieron durante dos años, conformados por diferentes profesionales, asociaciones profesionales, de mujeres y otros grupos relacionados con este proceso en el territorio nacional.

Las legislaciones estatales que definen dónde y quiénes prestarán la atención al epp son el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud por un lado, y el Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. A partir de dichos decretos se establece que en cada área sanitaria haya dos niveles de atención, que son los siguientes:

- El primer nivel o atención primaria, situado en los centros de salud y que supone el acceso de la población al sistema. Al margen de regular las necesidades de la población en función de éstas, se les ofrece una respuesta en dicho nivel, o son derivadas al otro. El personal que presta atención aquí se compone del médico/a de familia, la enfermera/o general, la enfermera/o de pediatría y la matrona. También se incluyen los programas de salud dirigidos a población sana, como el del epp.
- El segundo nivel o atención especializada, formado por los centros de especialidades y los hospitales, supone la atención por parte de profesionales especialistas, vinculados a problemas que requieran el uso de recursos técnicos, como por ejemplo pruebas especializadas. Estos centros reúnen las consultas de especialidades, como las de tocoginecología⁷ y se encuentra el personal médico especialista en el epp, de obstetricia y ginecología. Son los antiguos ambulatorios, que a partir del modelo de creación de atención primaria fueron reconvertidos en centros de especialidades, como refleja José M^a Uribe (1996:66–68) en su etnografía y, la población sigue refiriéndose a ellos de esta manera.

Los hospitales tienen, con respecto al epp, los siguientes servicios sanitarios:

- Consultas de seguimiento del embarazo, con mayor nivel de especialización que en los centros de especialidades. Atendidas por personal médico de obstetricia y ginecología con el apoyo de auxiliares de enfermería.
- Servicio de urgencias, que atienden de forma continuada –a lo largo del día y de la semana–, y que se subdividen entre urgencias generales y urgencias tocoginecológicas, llevadas por matronas y enfermeras, quienes avisan al personal de ginecología y obstetricia o éste acude al mismo siempre que sea necesario.
- Servicio de paritorio, donde encontramos a las matronas, que es el personal de enfermería especializado en obstetricia y ginecología, y que cuenta con formación de dos años en este área después de la diplomatura en enfermería. Y también hay un equipo de personal médico de ginecología y obstetricia.

⁷ El término tocoginecología procede del griego, siendo “tókos”, parto. Se refiere al estudio y la asistencia de los partos, aunque en la realidad se utiliza como sinónimo de obstetricia.

- Servicio de puerperio, donde se encuentran las enfermeras y auxiliares para atender a las mujeres en los primeros días tras el nacimiento de la criatura.

Cada uno de estos niveles asistenciales tiene una Dirección diferente, existiendo una para el nivel de atención primaria y otra para el nivel de atención especializada, y una por cada hospital⁸.

Por otro lado, existe una cartera de servicios diferenciada para atención primaria y otra para atención especializada. En la primera se contempla la atención a la mujer, donde se ubica la captación y valoración de la embarazada, su seguimiento, preparación al parto y la visita en el primer mes de postparto. Mientras que en la segunda, es decir, en la atención especializada, se atiende al epp en las consultas del centro de especialidades y en los hospitales con las urgencias, consultas y servicios de paritorio y puerperio.

La división de la atención en niveles asistenciales conlleva que la asistencia al epp esté presente en ambos. Cada nivel asistencial tiene criterios propios de organización y se coordina, principalmente, con el resto de los centros del mismo nivel asistencial –bien de atención primaria o de atención especializada– de diferentes áreas, y no con el otro nivel asistencial de su propia área sanitaria, a pesar de que atiendan a la misma población y con la misma demanda, el epp. Ello explica la falta de conocimiento, de contacto y de relación entre las profesionales de cada nivel, por lo que quienes se configuran como nexos de comunicación son las propias mujeres atendidas.

Tomando como referencia los documentos antes señalados, vemos que cada área sanitaria establece sus propios programas y protocolos, de acuerdo a las que ellas consideren características y necesarias. Así, cabe destacar que en la Comunidad de Madrid cada una de sus once áreas funciona con sus propios programas y que, aunque siguen estas directrices comunes, se observan grandes diferencias con respecto a la atención al epp entre todas ellas (Blázquez, 2005b:155).

1.1.3. Algunos datos sobre la atención sanitaria al epp

Presentamos ahora cifras estadísticas acerca de la mortalidad asociada al epp que, cómo hemos dicho, han constituido siempre una preocupación constante. Dichos

⁸ Como nuestra área sanitaria tiene dos hospitales, dispone de dos jefaturas que dependen de una Dirección común, que coordina todo el nivel especializado y, a su vez, se coordina con la Dirección de atención primaria. Todas las gerencias del nivel de atención especializada de las diferentes áreas sanitarias se agrupan en una Dirección General de Hospitales, y de la misma manera todas las de atención primaria. Ambas se coordinan bajo una Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, que unifica y coordina la atención sanitaria en toda la Comunidad Autónoma de Madrid.

indicadores se refieren a la mortalidad infantil y a la mortalidad de las mujeres, que habitualmente es nombrada como “mortalidad materna”. A su vez, se revisan en el siguiente apartado estadísticas referentes a tasas de fertilidad y de natalidad, así como también indicadores sobre el número de cesáreas, de episiotomías y de partos inducidos, tanto en la Unión Europea como en España, pertinentes todos ellos a los análisis que se llevan a cabo en las distintas fases de la investigación.

En España, al igual que en el resto de los países de la Unión Europea, desde 1970 se ha producido un descenso en la fertilidad⁹, situándose nuestro país entre los que tienen menores tasas, como se ve en la siguiente tabla:

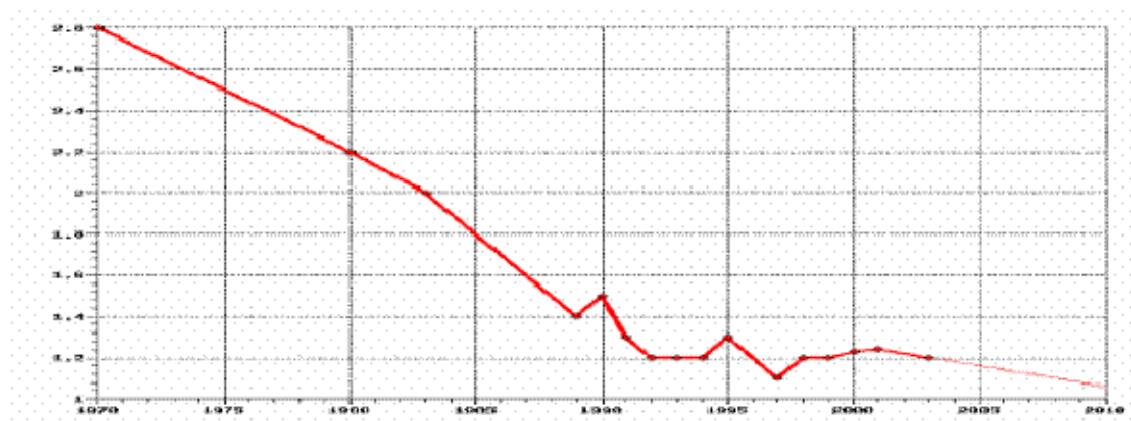
Tabla 1. Tasa de Fecundidad en países europeos por intervalos, 2006.

1,19 a 1,44	Entre 1,69 y 1,94	Superior a 1,94
Austria, Suiza, Alemania, España, Italia y República Checa	Francia, Dinamarca, Noruega, Suecia, Finlandia, Holanda, Bélgica y Reino Unido	Irlanda

Fuente: OSM–MSC, 2008:10.

La evolución de la tasa de fertilidad puede apreciarse en el siguiente gráfico:

Gráfico 1. Evolución de Tasa de Fecundidad en España de 1970 a 2004.



Fuente: OSM–MSC, 2008:10.

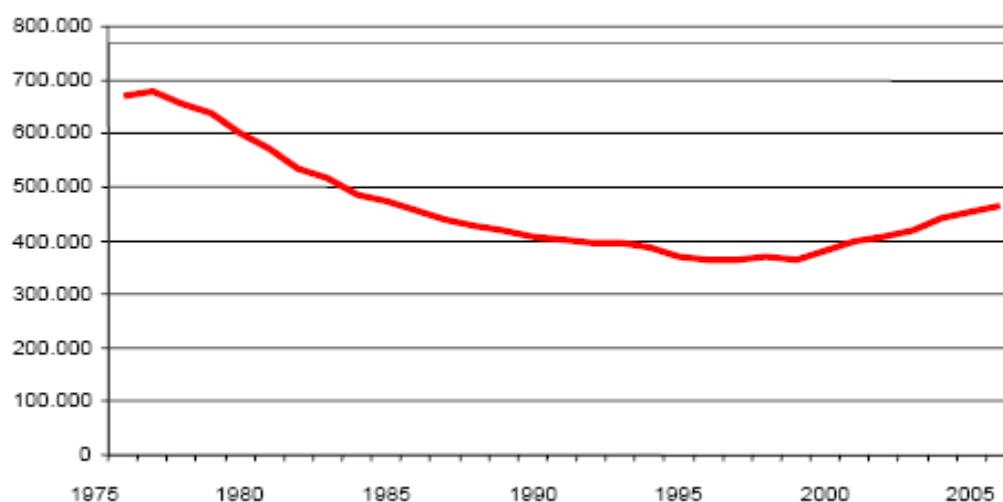
En 2007, esta cifra fue de 1,39, siendo en la Comunidad de Madrid de 1,40 según los últimos datos publicados por el INE (2008). El tipo de familia más frecuente es la que tiene uno o dos hijos e hijas, y aunque desde 2000 se ha producido un ligero

⁹ La tasa de fertilidad se refiere al número promedio de hijos e hijas que nacerían por mujer si todas vivieran hasta el final de sus años fértiles, y dieran a luz de acuerdo a la tasa de fecundidad promedio para cada edad. Este indicador muestra los cambios demográficos en cada país. Cifras mayores a la tasa de reemplazo generacional indican poblaciones en crecimiento, y por debajo señalan disminución de población.

incremento, este aumento no es suficiente para alcanzar lo que se denomina “tasa de reemplazo generacional” (2,1 hijos e hijas por mujer).

Por otra parte, el número de nacimientos se ha incrementado paulatinamente en los últimos años. Es en 1996 cuando esta cifra fue más baja, aunque su descenso se inició en 1986; sin embargo, desde 1999 vuelve a crecer, situándose en 2007 en 491.183 (INE, 2008). Dicho incremento se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 2. Evolución de los nacimientos en España: 1975– 2005.

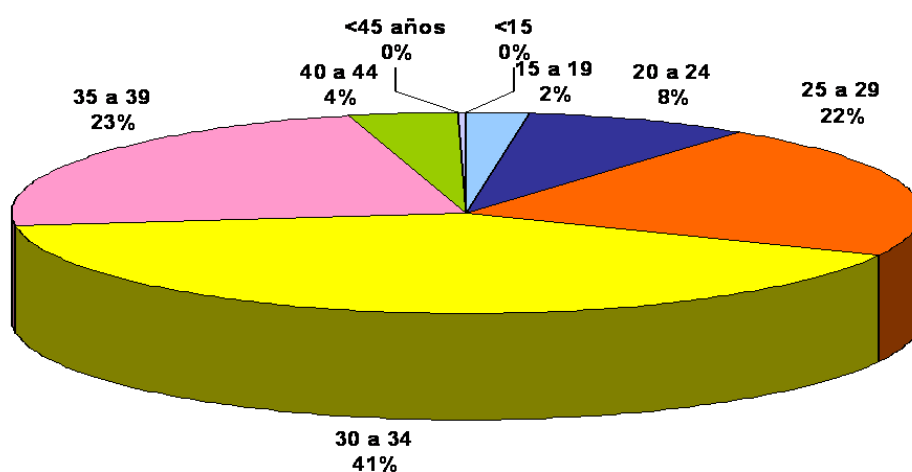


Fuente: OSM–MSC, 2008:11.

La explicación principal a este incremento está dada por los nacimientos por parte de madres extranjeras, que en 2007 suponían el 18% del total de nacimientos del año. Las mujeres nacidas con nacionalidad marroquí constituyeron el 21,6% del total de nacimientos de madre extranjera. En la Comunidad de Madrid el número de nacimientos en 2007 fue de 71.941, siendo un 22,8% de mujeres extranjeras. Su lugar de origen por continentes fue América (50,6%), seguido de Europa (26,18%) y África (16,41%) (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 2008).

Otro factor de importancia al respecto es el retraso en la edad media de la maternidad. Así, en 1983, en España la edad de la madre al tener el primer hijo o hija se situaba en torno a los 27,3 años, y actualmente se encuentra por encima de los 30 años. En 2006 esta edad alcanzaba un promedio de 29,31 años, y en la Comunidad de Madrid era de 31,93 años. De tal forma que el primer grupo de edad es de 30 a 34 años desde hace 13 años, frente al grupo de 25 a 29 años previo. A continuación, el grupo de 35 a 39 años, con un 23%, como sucede en otros países europeos, tiene una tendencia creciente. La distribución de los nacimientos por edades en la Comunidad de Madrid se aprecia con claridad en el siguiente gráfico:

Gráfico 3. Distribución del número de nacimientos por edad de la madre en la Comunidad de Madrid.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 2008.

De estos nacimientos, el mayor número se produjo en el municipio de Madrid capital, mientras que el siguiente municipio con mayor número de nacimientos fue el municipio de Villafranca (2.569) –uno de los dos municipios en los que se centra nuestra investigación–. Tras él se sitúan Alcalá de Henares, Alcorcón y Mostolés, para dar paso al municipio de Noceda –el otro municipio en el que se centra este trabajo– con un total de 1.804 nacimientos (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, 2008).

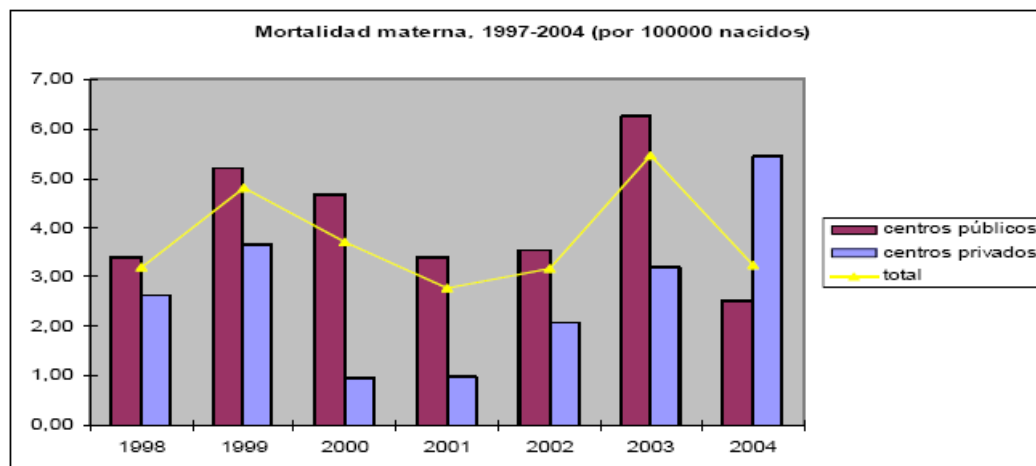
Más datos disponibles y relevantes se refieren al porcentaje de nacimientos por parte de mujeres no casadas, donde en España la cifra es de un 28%. En la Comunidad de Madrid, el 29% del total de nacimientos, es decir, casi 3 de cada 10 mujeres no están casadas; si bien no es posible saber en estos casos si se trata de mujeres sin pareja o de que su unión no se encuentra registrada por lo civil. Dichos porcentajes van en aumento de forma que el matrimonio y el nacimiento parecen presentarse como acontecimientos cada vez menos vinculados.

Una vez apreciados los aspectos generales sobre nacimientos en nuestro país, pasamos a continuación a presentar los datos relativos a la actividad obstétrica. Así, vemos que en 1985 la mortalidad materna¹⁰ era de 20 por cien mil nacimientos, que en 1995 bajo a 11 por cien mil nacimientos, y actualmente se sitúa en 7 por cien mil (Llácer, 2000:2). Estas cifras son mayores en centros públicos que en centros privados, porque los

¹⁰ La OMS define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (OMS, 2005:4).

públicos asumen los casos de mayor gravedad y riesgo (OSM–MSC, 2008:15). Podemos ver la evolución de estos datos, entre 1997 a 2004, en el siguiente gráfico:

Gráfico 4. Evolución de la mortalidad materna en España: 1997– 2004.



Fuente: OSM–MSC, 2008:15.

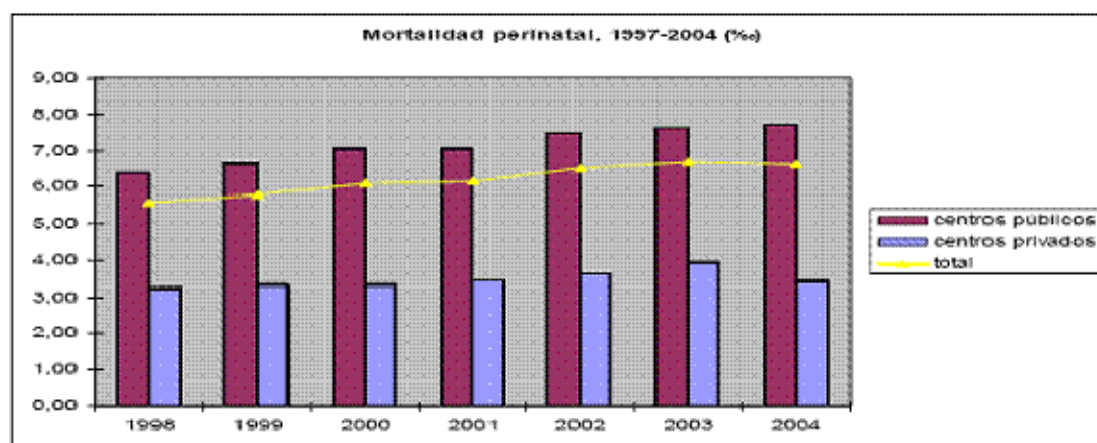
Cuando nos referimos a la mortalidad infantil es necesario aclarar que algunas fuentes utilizan como indicador la mortalidad infantil frente a otras fuentes que optan por contabilizar la mortalidad perinatal. En este sentido, decir que la mortalidad perinatal se refiere al número de defunciones de fetos desde las 28 semanas de gestación, hasta las de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida. Esto varía según el límite que se establezca en los fetos; por ejemplo, la OMS recomienda el uso de un límite de 22 semanas ó de 500 gramos, lo que produce, como es lógico, aumentos en la cifra. En cambio, la mortalidad infantil incluye la mortalidad perinatal y la mortalidad en el primer año de vida, por lo que nos aporta información sobre más factores, además de los referidos a las condiciones de la mujer y de la atención en el epp. Por consiguiente, lo más riguroso sería hablar de mortalidad perinatal, que realmente es el indicador que nos orienta sobre la situación de la mujer durante la gestación y el parto, y de su atención después del nacimiento.

Sin embargo, el INE utiliza las cifras de mortalidad infantil, donde se muestra un decrecimiento de estas cifras desde 1976 hasta 2007. Si en 1976 las cifras hablaban de una mortalidad infantil de 18 por mil nacidos vivos, en 2007 la estadística da cuenta de 3,67 por mil nacidos vivos (INE, 2008). En la Comunidad de Madrid es de 3,37 por mil y en descenso, según los datos estadísticos de la misma.

La tasa de mortalidad perinatal en España está en torno al 7 por cada mil nacimientos (OSM–MSC, 2008:14). Igual que en el caso de mortalidad materna, las cifras son más

altas en los centros públicos, ya que reciben los casos de mayor riesgo y gravedad. Esta cifra en España ha aumentado desde 1998, y entre las razones que se aportan están el aumento en la edad de la mujer ante el nacimiento, la reducción del peso medio de las criaturas al nacer, el aumento de la prematuridad y la multiparidad (OSM–MSC, 2008:14). Algunos de estos factores se vinculan a las nuevas técnicas de reproducción asistida. En el siguiente gráfico se percibe la evolución de los últimos años:

Gráfico 5. Evolución de la mortalidad perinatal en España: 1997– 2004.



Fuente: OSM–MSC, 2008:14.

En la Unión Europea, donde las cifras de mortalidad infantil y maternal no son elevadas, es decir, que permanecen dentro de ciertos rangos, donde la salud y las condiciones de vida de las mujeres son buenas y existen además servicios prenatales y durante el parto, se utilizan otros indicadores para analizar la atención obstétrica; estos indicadores se dirigen a mostrar cómo es la intervención sanitaria, el número de cesáreas, episiotomías¹¹, inducciones y el tipo de centro –público o privado– (Europeristat, 2008:85–86).

El porcentaje de partos por cesáreas ha ido aumentando en el continente, y en muchos países se sitúa por encima del 10–15%, límite que establece la OMS (1985) para una atención obstétrica de calidad. Los países con mayores cifras en este sentido son Italia, con 37,8%, Portugal, con 33,1%; entre 25–29% figuran Alemania, Irlanda, Luxemburgo, Hungría, Malta, Polonia, Escocia e Irlanda. Las cifras más bajas se sitúan en Eslovenia, con 14,4%, y en Holanda, con 15,1%. Porcentajes menores al 20% encontramos en

¹¹ La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en el corte del perineo (piel y músculos entre la vagina y el ano) durante el trabajo de parto para agrandar el canal vaginal. Posteriormente los tejidos deben ser suturados. Como veremos en el capítulo cinco es uno de las intervenciones que está en discusión su aplicación universalmente.

Flandes, Bruselas, República Checa, Estonia, Letonia, Lituania, Finlandia, Suecia y Noruega (Europeristat, 2008:63–65).

Siguiendo los datos aportados por Alicia Llácer (2000:2), vemos que en España el porcentaje de cesáreas sobre el total de nacimientos era, en 1985, de 10,5 por cada 100 nacidos vivos; en la siguiente década esta cifra aumentó considerablemente, hasta situarse en el 20% en 1996. Dicho aumento se ha verificado tanto en la asistencia sanitaria pública como en la privada, aunque en ésta última ha sido más acusada, ya que en 1996 era del 25,7 %. En 2006, el crecimiento ha ocurrido sobre todo en los centros privados, pasando a un 34,6%, mientras que prácticamente el porcentaje se ha mantenido en los públicos, con un 22,8% (INE, 2007).

En el caso de los hospitales que abarca nuestra investigación, señalemos que:

- En el hospital de Villafranca, se realizan aproximadamente un 11% de cesáreas, según datos del propio hospital, mientras que según el INE esta cifra sube a un 16%, si bien de cualquier modo se trata de un dato muy inferior a los presentados anteriormente.
- En el hospital de Noceda, encontramos un 23% de cesáreas, cifra ligeramente por encima de la media nacional.

Los datos aquí reseñados nos indican cambios en las prácticas sanitarias, y entre las explicaciones aportadas podemos subrayar determinados factores relacionados con las mujeres: una mayor cantidad de primeros partos, un mayor número de mujeres de mayor edad, más partos múltiples y cesáreas previas. Pero también otros factores vinculados a la asistencia: un mayor grado de intervencionismo por el miedo a tener problemas legales, y la percepción de que las cesáreas son procedimientos seguros y sin consecuencias adversas (Olza y Lebrero, 2005:34–36; Europeristat, 2008:63).

Otro indicador relevante a los efectos del estudio es el número de episiotomías, (en la Unión Europea existen grandes variaciones entre países). Desde el 9,7% de casos en Dinamarca, pasando por el 16,2% de Inglaterra hasta llegar al 52% de Italia y al 63% de Bélgica. España aparece como el país europeo con mayor cifra de episiotomías (Europeristat, 2008:14,89–92), y aunque en nuestro país no se dispone de datos nacionales, vemos en los datos ofrecidos por la Comunidad Valenciana que en dicha Comunidad se realizan episiotomías en el 72% de los partos en los centros públicos,

llegando al 83% en los privados¹². El mayor número de episiotomías se explica por la medicalización del parto, las prácticas sanitarias de cada servicio de salud y el aumento del número de nacimientos con bajo peso o pretérminos (Europeristat, 2008:14,92).

El número de partos inducidos en la Unión Europea oscila entre menos de un 8% en países como Estonia, Holanda, Eslovenia, Finlandia y Suecia, y alrededor de un 14% en países como Lituania, Malta e Irlanda (Europeristat, 2008:74-76). Frente a ellos se sitúan países como Malta, con un 37,9% de partos inducidos, Irlanda del Norte, con 30,7%, y Flandes, con un 27,6%. En España, los únicos datos con los que contamos son también los ofrecidos por la Comunidad Valenciana, señalan que en los centros privados indujeron el parto a un 42,25% de las embarazadas, teniendo un 32,68% de partos instrumentales, mientras que en el conjunto de los hospitales públicos la inducción al parto se llevó a cabo en un 26,37% de los casos, siendo los partos instrumentales el 12,40%. Los incrementos de estas tasas se explican por la disponibilidad de medicamentos para la inducción, por la presión de las mujeres, por la conveniencia médica y por los riesgos de demandas legales.

Finalmente, otro indicador importante a los efectos de nuestra investigación es el número de nacimientos en hospitales públicos o privados. Estas cifras nos muestran, entre otras, cuáles son las preferencias de las mujeres sobre la atención, sus posibilidades económicas y la tendencia a derivar la cobertura sanitaria por parte de la población trabajadora a través de mutualidades privadas frente a la asistencia pública. Desde 1997, en España esta situación no ha variado, cuando ya un 75% de los nacimientos se produjeron en hospitales públicos y el 25% restante en privados (Llácer, 2000:2; INE, 2007; OSM-MS, 2008:13). En la Comunidad de Madrid el porcentaje de los centros privados asciende hasta el 34%, lo que podría estar asociado, entre otros factores, a una mayor disponibilidad de centros privados en la Comunidad.

Resumiendo, tras la lectura de estos datos es posible decir que en el Estado español el número de nacimientos sigue siendo inferior a las tasas de reemplazo generacional, a pesar del mayor número de nacimientos en los últimos años y especialmente de mujeres procedentes de otros países. Nuestros municipios de la investigación son en los que mayor número de nacimientos hay en la Comunidad de Madrid. Las mujeres empiezan a tener hijos e hijas a partir de los 30 años y sin estar casadas.

Por otra parte, en España, al igual que en la mayoría de los países de la Unión Europea, las cifras de mortalidad materna e infantil son bajas, por lo que la preocupación se

¹² Datos correspondientes al año 2007, proporcionados por la diputada Consuelo Catalá a la Red Estatal de Médicas y Profesionales Sanitarias, coordinada por el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS).

centra en monitorizar los datos de la actividad obstétrica; este intervencionismo se observa en un aumento de ciertas prácticas como las cesáreas, las inducciones y las episiotomías; mayores que en otros países de la Unión Europea y con mayor frecuencia en los centros privados, donde acude una de cada cuatro mujeres.

1.2. EL ÁREA SANITARIA 12 DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Presentamos ahora los dos municipios que conforman nuestro objeto de estudio, así como también los servicios donde hemos realizado la etnografía con sus profesionales, documentos escritos y protocolos que guían, precisamente, la práctica sanitaria. Por último, introducimos en la investigación a las asociaciones, tanto de profesionales como de mujeres, que se han constituido como las “otras voces” de este trabajo etnográfico, porque a pesar de que dichas asociaciones no se encuentran específicamente situadas en este área, sus aportes tienen un impacto importante sobre la misma.

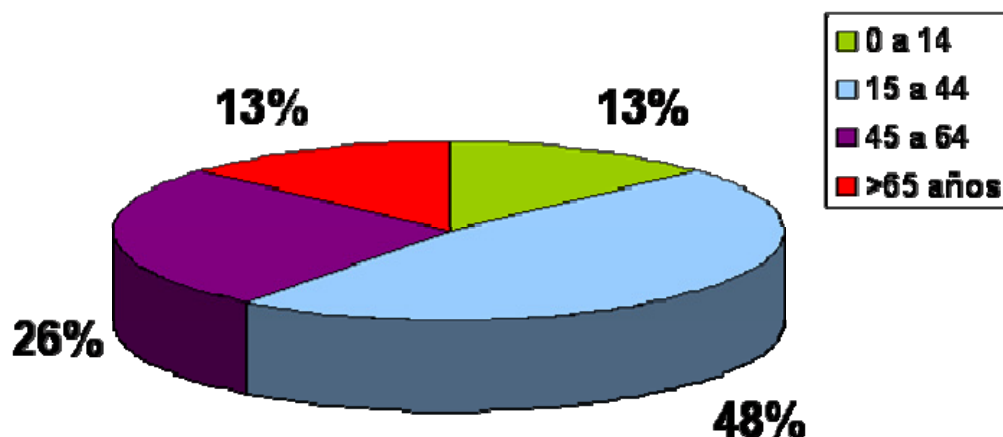
1.2.1. Los municipios de Villafranca y Noceda

El área sanitaria que nombramos como el número 12 está situada al suroeste de la Comunidad de Madrid, formando parte del cinturón industrial de la capital. Comprende dos municipios más grandes, que hemos bautizado como Noceda y Villafranca, junto a otros tres de menor tamaño y donde no existe centro hospitalario. De este modo, los datos que se reflejan de cada municipio escogido para la investigación han sido tomados de las páginas web oficiales de sus respectivos ayuntamientos y del INE, aunque sus nombres sean ficticios.

Aclaradas estas cuestiones, vemos que Noceda es una ciudad antigua, fundada en el siglo XIII, que hasta los años 60 era una zona rural dedicada a la horticultura. Con la migración rural a Madrid, se convierte en una ciudad dormitorio, ya que está situada a escasos 11 km. de la capital. De forma que en Noceda se han ido creando barrios que han ido alojando a la población migrante. A 1 de enero de 2007, la cifra total de habitantes, según datos del INE, es de 182.471 habitantes. Con el crecimiento de su población ha ido dejando de ser una zona rural, ha triplicado su población y se han instalado en ella zonas industriales, empresariales y de servicios como fuente de trabajo e ingresos. Su población es heterogénea y coexisten barrios y zonas nuevas de población joven con otras áreas más envejecidas. Su superficie es de 43,1 Km².

Si bien la población de Noceda es joven, ya que la mayor proporción se encuentra entre la franja de edad correspondiente a los 14 y los 44 años, la población infantil y mayor se está equilibrando, por lo que surge cierta tendencia al envejecimiento poblacional. Esta información se puede apreciar en el siguiente gráfico:

Gráfico 6. Distribución por grupos etarios de la población del municipio de Noceda, 2006.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados del municipio.

La renta media per capita en la Comunidad de Madrid es de 16.922,22 €, que está por encima de la media nacional. En ambos municipios esta cifra es inferior, situándose en un nivel intermedio. En el caso de Noceda es de 13.113,30 € (INE, 2006).

El nivel de estudios de la población se distribuye de la siguiente manera: analfabeta (2%), sin estudios (12%), de primer grado (25%), de segundo grado (55%) y de tercer grado (5%).

La mayor parte de su población pertenece a la denominada “clase trabajadora obrera” (55%), luego la empresarial con asalariados (37,5%), y por último el personal directivo y técnico (7,2%). La tasa de actividad femenina es del 41%, dos puntos inferior a la media de la Comunidad.

La población extranjera representa el 12,64% de toda la población, que se distribuyen por nacionalidad, y de mayor a menor, en el siguiente orden: Rumania, Marruecos, Colombia, Ecuador, Perú, Bosnia, Ucrania, Nigeria, Bulgaria, China, Polonia y Guinea Ecuatorial.

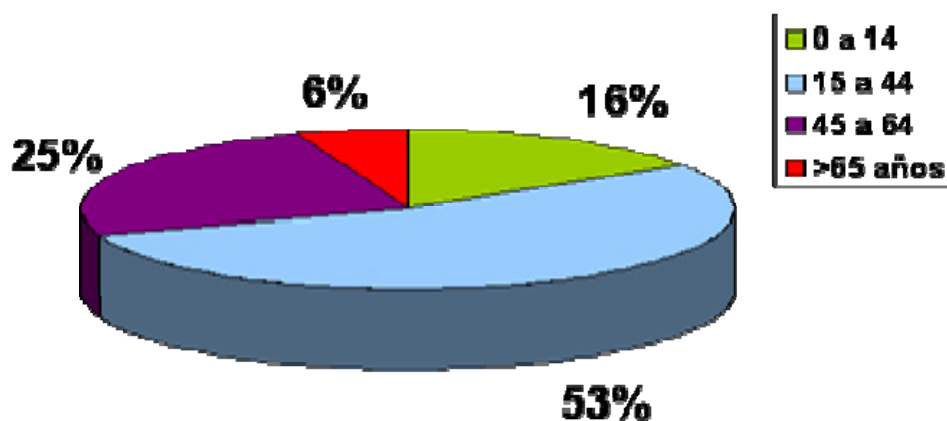
La tasa bruta de natalidad es de 11,12, levemente inferior a la media de la Comunidad (11,90). De estos nacimientos, un 32,5% corresponde a mujeres menores de 30 años.

Villafranca, por otro lado, es un municipio que data del siglo XVI, está más alejado de la capital, a unos 22 km., y también ha sido uno de los asentamientos de las

migraciones rurales. Su crecimiento se dio, del mismo modo que el de Noceda, a partir de los años 60 del siglo pasado, hasta llegar a los 209.102 habitantes en 2008. A lo largo de todo este tiempo ha pasado de ser una estructura urbanística rural a convertirse por derecho propio en una gran ciudad. Las principales actividades económicas de Villafranca son el sector servicios (77,20%) y la industria (22,66%). Su superficie es algo menor que la de Noceda, con 39.2 Km², y al tener una mayor población la densidad poblacional es, lógicamente, mayor.

Se trata de un municipio muy joven, ya que el 44,01% de su población es menor de 30 años, con un ratio de población joven y mayor de 1:8,7, lo cual se explica por un primer proceso migratorio de jóvenes en los años 80 y otro en 2000, a zonas con viviendas de precio más reducido que en la capital. La distribución de su población, según grupos de edad, puede observarse en el siguiente gráfico:

Gráfico 7. Distribución por grupos etarios de la población del municipio de Villafranca, 2008.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados del municipio.

La renta media per capita es algo superior a la de Noceda, ubicándose en 15.412 € (INE, 2006). La población extranjera representa el 15,2% de toda la población, que se distribuyen según el país de procedencia y de mayor a menor de la siguiente manera: Rumania, Marruecos, Ecuador, Nigeria, Colombia, Perú, China y Guinea Ecuatorial, datos que confirman la enorme diversidad de población existente.

La tasa bruta de natalidad es de 13,54 por lo que es uno de los municipios con mayor número de nacimientos.

El área sanitaria sobre la que basamos la investigación está conformada por otros tres municipios con un menor número de habitantes. El primero de ellos cuenta con 16.497 habitantes, el segundo con 9.771 habitantes y el tercero con 4.509 habitantes (INE,

2007). Son zonas más rurales que Noceda y Villafranca, entre otras cosas porque existe una mayor distancia a la capital, tiene menos recursos sociales.

1.2.2. Los centros sanitarios y sus profesionales: el itinerario sanitario del epp

Como ya se ha esbozado al comienzo de nuestro trabajo, el área escogida –“nuestra” área sanitaria 12– cuenta con una serie de recursos para la atención al epp, los cuales pasamos a presentar junto a sus principales características.

La primera característica de este área es que, al estar conformada por dos municipios grandes, Noceda y Villafranca, existen dos circuitos asistenciales, aunque similares, uno para cada municipio. Antes de la apertura del hospital de Villafranca, ambos compartían ciertas pautas, pues tenían el mismo hospital y el mismo equipo de ginecología y obstetricia. Pero con su apertura en 2004 cada municipio pasó a funcionar de forma independiente.

Cómo mostramos anteriormente (1.1.2.), la atención sanitaria está organizada en dos niveles, y en cada uno de ellos encontramos diferentes profesionales y distintas actividades. El esquema previsto para atender al epp es el siguiente:

Tabla 2. Itinerario para la atención al epp.

ETAPA	Lugar	Profesionales	Tipo de actividad
EMBARAZO	Atención primaria Centros de salud	Matronas	Consultas individuales Cursos grupales
	Centros de especialidades	Obstetras y enfermeras	Consultas individuales Consulta de ecografías Unidad de análisis
	Hospital	Obstetras y enfermeras	Consultas individuales Consulta de ecografías
PARTO	Hospital	Urgencias paritorio	Ingreso y estancia
		Servicio paritorio	
		Servicio puerperio	
PUERPERIO	Atención primaria Centros de salud	Matronas	Consultas individuales Cursos grupales

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

Observamos en este esquema, que describe el circuito sanitario que las mujeres siguen dentro de la red asistencial biomédica, que éste se establece de forma diferenciada para las mujeres de la zona de Villafranca y para las de Noceda. Aunque parten de las mismas normativas comunes –señaladas también con anterioridad– se sigue idéntico

programa para atención primaria, mientras que para la atención especializada existe un programa diferente según la zona de que se trate.

El recorrido seguido por esta investigación se centra, en primer lugar, en el área de Noceda: en sus centros de atención primaria, sus centros de especialidades, su hospital y sus centros de atención primaria. Posteriormente, el trabajo ha seguido la misma secuencia operativa en la zona de Villafranca.

Si bien en el capítulo 4 se describen exhaustivamente las características que asume la atención prestada en cada uno de estos espacios, consideramos que resulta importante avanzar algunas de ellas, con el objetivo de presentar de la mejor manera posible, precisamente, tanto los centros como las profesionales que allí trabajan.

De esta forma, en la zona de Noceda observamos que:

- Los centros de atención primaria: de los nueve centros de salud que conforman esta zona fueron seleccionados, uno de la periferia del municipio y otro del centro. El primer centro es antiguo y fue creado alrededor de los años 80. Su población es heterogénea, tanto en la clase social (mujeres de clase media y trabajadoras) como en su nacionalidad (mujeres españolas y extranjeras). Así, vemos que aquí existe un mayor número de mujeres sin estudios y con estudios primarios y secundarios, y la población extranjera representa el 20%. El segundo centro está situado en un barrio nuevo, creado en la década de los 90, donde vive principalmente población joven, tanto originaria de la zona como que ha migrado de la capital; esto produce que aparezcan más mujeres de clase media profesionales, con mayor nivel de estudios, aunque también hay algunas trabajadoras, y un menor número de mujeres inmigrantes (representan sólo el 10% de la población del barrio). El número de población es similar en ambos centros.
- El centro de especialidades: corresponde al antiguo ambulatorio, que lleva funcionando desde 1987. Está ubicado en la zona norte, en el barrio más poblado de este municipio, que fue uno de los primeros barrios desarrollado desde los años 60 gracias a las migraciones rurales a la capital; formado por edificios antiguos y es el distrito con mayor densidad poblacional de Noceda, dispone de buenas comunicaciones de metro y tren, lo que facilita su acceso. Cuenta con dos consultas de obstetricia.
- El hospital de Noceda: se inauguró en el año 1987. Es un hospital grande pues se creó con la intención de dar asistencia a toda la población del área. Es también un centro universitario, que dispone de estudiantes tanto de la especialidad de ginecología y obstetricia como de la especialidad de enfermería obstétrica-ginecológica. Ha tenido

un gran número de partos hasta la inauguración del hospital de Villafranca. Antes de su apertura había una media de unos 8 partos diarios, pero en 2005 esta cifra bajó a la mitad, cuando se abrió el nuevo hospital, y así se ha mantenido. Las obstetras son el mismo equipo que rota entre el hospital y el centro de especialidades.

En cambio, en la zona de Villafranca observamos lo siguiente:

- Los centros de atención primaria: hemos incluido dos. El primero corresponde a una zona nueva de Villafranca, con similares características poblacionales al centro nuevo de Noceda, aunque con un mayor porcentaje de población extranjera. El segundo está ubicado en uno de los pueblos, en una zona más rural, donde se aprecia una mayor heterogeneidad poblacional, tanto en relación a la clase social de pertenencia como, fundamentalmente, al aumento de la población de origen extranjero.
- El centro de especialidades: es el antiguo ambulatorio del municipio, y lleva funcionando desde la década de los 90. Se ubica en la periferia de Villafranca, en uno de los barrios antiguos, y aunque está cercano al hospital y a las principales carreteras de la zona, se accede a él principalmente en autobús.
- El hospital de Villafranca: se inaugura en febrero de 2004, aunque el servicio de paritorio, y por tanto la actividad obstétrica, no comienza hasta julio. Este hospital se caracteriza por tener una gestión del tipo empresa pública, además de por estar informatizado¹³. Según los datos de 2005 ofrecidos por el propio hospital, el número de partos atendidos está en constante crecimiento, con una media de ocho o nueve partos diarios. De modo que se ha situado como uno de los hospitales que más partos atiende en la Comunidad de Madrid, junto al hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, con una media de unos nueve partos diarios y el hospital de Getafe, con unos ocho; aunque alejado, eso sí, de las grandes maternidades como La Paz, el Gregorio Marañón y el Doce de Octubre, que registraron 27, 25 y 17 partos diarios respectivamente en 2007. Además, este número de partos crece mientras que el de los hospitales de su entorno decrece. Esta cuestión se explica, por un lado, porque antes de su apertura las mujeres de Villafranca acudían a dichos hospitales (los de Getafe, Mostolés y Alcorcón) y no sólo al de Noceda, pues pueden encontrarse a una menor distancia que éste, según donde se viva en el municipio; por otro lado, por las propias características sociodemográficas de la zona de Villafranca, con una gran población joven en edad reproductiva; y, finalmente, por tratarse del único hospital de la

¹³ Hay una historia clínica electrónica única que integra la información de cada paciente, tanto de atención primaria como especializada, y es accesible desde los diferentes centros.

Comunidad de Madrid que ha sido nombrado Hospital Amigo de los Niños¹⁴ ya que promueve la lactancia materna y una atención obstétrica menos intervencionista, el uso de otros tratamientos en el manejo del parto, aspectos que comparten con el “enfoque fisiológico” que presentaremos en el siguiente capítulo (2.3.2.2.).

1.2.3. Los protocolos y programas

En el área objeto de estudio existe un Programa de Atención a la Mujer, en atención primaria, que data de 1999 y consta de trece subprogramas, de los que cinco de ellos están en relación con el epp: Atención Preconcepcional, Diagnóstico Prenatal, Metabolopatías, Lactancia Materna y Atención a la Mujer Embarazada. En relación al subprograma de atención a la mujer embarazada, encontramos cuatro protocolos: Captación de la Mujer Embarazada, Preparación Maternal, Visita en el Primer Mes Postparto y Revisión Postparto. En el mismo se establecen las medidas de actuación para las matronas en el seguimiento del epp. Explicaremos ahora sus principales características:

- El Protocolo de Captación de la Mujer Embarazada, se centra en describir las áreas de valoración de la salud de las mujeres embarazadas. Además, se incluye un listado de factores de riesgo y de criterios para derivación tanto a obstetricia como a profesionales de trabajo social. Como anexo al programa parece un documento con consejos sanitarios que se entregan a las mujeres en las consultas de atención primaria y en los centros de especialidades.
- El Protocolo de Preparación Maternal, define el programa de educación para la salud durante el epp, que corresponde a tres niveles: el primero, en el segundo trimestre del embarazo; el segundo, en el tercer trimestre; y el tercero, en el postparto. En cada nivel se establecen una serie de sesiones, con sus objetivos y sus contenidos. Por otra parte, en este área se elaboró un documento titulado Proyecto Marco de Educación para la Maternidad y Paternidad en el Embarazo, Parto y Postparto Inmediato (2001), en el que se desarrollan los objetivos, contenidos, técnicas y sistemas de registro para uniformizar las sesiones de educación para la salud que realizan las matronas en los centros de salud. Este proyecto ofrece contenidos que incluyen los cambios biológicos,

¹⁴ La iniciativa Hospital Amigo de los Niños ha sido lanzada por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales y servicios de salud a adoptar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Aquellos hospitales que desean formar parte de esta iniciativa son evaluados para confirmar que realmente su práctica sanitaria promueve la lactancia materna. Esto exige, entre otros aspectos, una mayor dedicación por parte del personal sanitario a la atención a las mujeres, principalmente de las matronas del paritorio y de la servicio de puerperio. Su página web es: www.ihan.es. Actualmente estos centros son nombrados como Hospital Amigo de las Madres para significar el interés de las madres en promover el bienestar de sus criaturas.

emocionales y sociales que se dan en cada una de estas etapas del epp, y técnicas para sesiones de educación grupales y para la participación de las mujeres y sus parejas.

Para el postparto existen dos protocolos:

- El Protocolo para la Visita en el Primer Mes Postparto, que se recomienda en la cartera de servicios que se realice en el domicilio en los primeros 10 días postparto.
- El Protocolo de Revisión Postparto, a los 40 ó 60 días con los objetivos de *“valorar la normalización del aparato genital, favorecer la adaptación psicosocial de la pareja a la nueva situación, identificar posibles patologías, realizar la lactancia materna y clarificar dudas sobre anticoncepción”* (1999:37).

Estos cuatro protocolos proponen la evaluación de la calidad de la atención según los indicadores de cobertura del programa; es decir, para poder comparar el número de nacimientos en el área y el número de mujeres que han asistido a alguna parte del protocolo, junto con la valoración de las fechas de inicio del control sanitario y el número de mujeres que han participado en todos los protocolos.

En la atención especializada no existe un programa unificado entre ambos hospitales ni coordinado con atención primaria, sino que en cada zona encontramos uno diferente. En el área de Noceda no se encuentra un programa específico, por lo que todo lo que corresponde a la forma de asistencia quedará descrito en el capítulo 4. En Villafranca existen protocolos para guiar las actuaciones de las profesionales, aunque no sean conocidos por las matronas de los centros de atención primaria de esa zona.

Junto a estos documentos oficiales encontramos otros, que no forman parte de los protocolos y normas, pero que son difundidos y entregados a las mujeres a lo largo del proceso y que, por tanto, tienen para ellas una función normativa similar. Ejemplos de ellos son los diferentes materiales educativos del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid sobre el epp, que se distribuyen gratuitamente en los centros sanitarios y que están disponibles principalmente en las consultas de las matronas de atención primaria y en las consultas de especialidades del embarazo. Y otros que han sido elaborados por las propias matronas, entre los que destaca el folleto que tiene por nombre *“Los consejos de tu matrona”*, que se presenta como *“un instrumento de ayuda a las madres y nexos de unión entre las matronas y las mujeres”* ([sin fecha]:1). Utiliza un lenguaje coloquial, cercano a las mujeres, y se centra en ofrecer consejos y en resolver dudas desde un enfoque fisiológico del epp. Presenta numerosos anuncios comerciales con el fin de poder hacer gratuita su distribución. En líneas generales en ellos se

representa el epp como una experiencia maravillosa merced al nacimiento de un nuevo ser.

1.2.4. Las asociaciones de profesionales y de mujeres

Hemos incluido en nuestro estudio a las asociaciones, pues participan activamente en los discursos sobre los cambios en la atención sanitaria. Diferenciamos entre las asociaciones de profesionales y las asociaciones de mujeres.

Entre las primeras destacamos la asociación del personal médico de esta especialidad, que es la Federación de Sociedades de Ginecología y Obstetricia.

Con las asociaciones de matronas hemos tenido una menor relación en esta investigación, aunque sus acciones son importantes en relación a la labor de formación, información y apoyo a sus profesionales –las matronas– y en la promoción de los cambios en la atención. Destacamos entre ellas, a la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), que ha participado en la elaboración de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo. Además, ha elaborado una guía de consenso sobre la atención al parto normal: Iniciativa del Parto Normal, Documento de Consenso (2008), y defiende un “enfoque fisiológico” de este proceso.

En Madrid, encontramos la Asociación Madrileña de Matronas, que ha trabajado con la Asociación El Parto Es Nuestro en un documento acerca del protagonismo de la mujer en el parto, el respeto del proceso fisiológico y la autonomía de la matrona en la atención al parto normal. Por otra parte, contribuyen en diferentes documentos guía sobre lactancia y puerperio con los servicios sanitarios de esta comunidad y con las matronas de atención primaria.

Entre las asociaciones de mujeres destacamos a la Asociación Nacer en Casa, El Parto Es Nuestro y la Liga de la Leche. Señalamos a continuación las principales características de cada una de ellas.

1.2.4.1. Asociación de profesionales de ginecología y obstetricia: SEGO¹⁵

Federación de Sociedades de Ginecología y Obstetricia de las Comunidades Autónomas de España es el nombre de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, conocida como SEGO. Es la sociedad científica más antigua de esta

¹⁵ Su página web es: www.sego.es

especialidad en Europa. Fue fundada por el médico Francisco Alonso Rubio en 1874 con el objetivo de "*estudiar a la mujer en los diferentes estados de su organismo*". Está constituida sólo por profesionales de ginecología y obstetricia. Su publicación principal es la revista *Progresos en Obstetricia y Ginecología*, que es enviada mensualmente a todos sus socios, donde profesionales informan y forman a los especialistas acerca de los avances y los cambios en el área que les compete.

Esta federación ha establecido protocolos asistenciales sobre todos los procedimientos relacionados con la especialidad. Con respecto al epp, tiene un grupo de trabajo que se encarga de su actualización. Desde 1996 publican documentos de consenso, que la propia asociación define como "*documentos realizados por especialistas de renombrado prestigio en los ámbitos del consenso, redactan un «estado del arte» de cada cuestión, siendo la opinión oficial de la Sociedad sobre los diversos temas consensuados*". Entre estos documentos es posible destacar las Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto (SEGO, 2007) y el Documento de Consenso sobre el Parto Normal (SEGO, 2007).

Asimismo, también disponen de videos sobre los diferentes procedimientos, como el de Asistencia al Embarazo Normal, que es utilizado por algunas matronas en los cursos grupales del embarazo. Mantiene diferentes tipos de relaciones con las empresas farmacéuticas que facilitan la elaboración y difusión de documentos entre todos sus miembros. Dispone también de una revista titulada *Mi Ginecólogo*, dirigida a no profesionales, donde abordan de una forma sencilla distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En ella se intentan ofrecer recomendaciones y explicaciones para el gran público, pero poniendo el énfasis en la necesidad de control y atención por parte de esta especialidad médica.

1.2.4.2. Asociaciones de mujeres: Asociación Nacer en Casa¹⁶

Esta asociación surge a principios de 1988 para dar respuesta a la necesidad de aglutinar a aquellas profesionales que, en ese momento, trabajaban para recuperar el nacimiento en el domicilio o en casa. Está formada por 35 profesionales diseminados por todo el Estado español, quienes en muchos casos se autodenominan como parteras y comadronas, para resignificar a las mujeres sin titulaciones oficiales que han atendido históricamente los partos, aunque la mayor parte son matronas. Sus perfiles corresponden a matronería, medicina y ginecología. Conforman el 90% de las profesionales en España dedicadas al parto domiciliario, según sus propios datos.

¹⁶ Su página web es: www.nacerencasa.org

Entre sus acciones está dar a conocer el parto en casa como un modelo asistencial válido y elaborar materiales sobre este tema. Es una asociación que ha fomentado el cuestionamiento del actual modelo asistencial biomédico y realiza cursos de formación para personal sanitario en torno del epp en este sentido, a través de una escuela que lleva el nombre de su presidenta de honor, Consuelo Ruiz Veléz-Frías, matrona que como señalamos ha promovido otro tipo de atención obstétrica. Pretende aportar una visión holística de la salud materno-infantil, ofreciendo principalmente formación a profesionales. Entre las promotoras de esta iniciativa encontramos a María Fuentes, médica, homeópata y comadrona, quien ha publicado un libro titulado *Mujeres y salud desde el sur. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva de género* (2001) sobre las vivencias de las mujeres en el epp.

Concretamente en Madrid, estas profesionales organizan cursos durante el embarazo, para informar sobre otras opciones de parto y promover un enfoque fisiológico y más integral del embarazo y del parto. Además, muchas de las mujeres que acuden desean que su parto sea en el domicilio, por lo que sus servicios durante el parto se acompañan de un seguimiento personalizado, incluyendo educación maternal y postparto. En este acompañamiento se les informa sobre esta opción y se valoran las posibilidades para garantizar la seguridad. Asimismo, hay muchas mujeres que acuden a estos grupos y simultáneamente a la red asistencial pública, bien en un centro privado o público donde finalmente realizan su parto. Esta asociación ha apoyado también a mujeres que han decidido tener partos en casa, colaborando en todo lo referente a las reclamaciones que interpusieron a la sanidad pública por el coste de los mismos.

1.2.4.3. Asociaciones de mujeres: Asociación La liga de la Leche¹⁷

Es una asociación internacional que se fundó en 1956 y que tiene también presencia en la Comunidad de Madrid, con un grupo formado por once mujeres. Su actividad se dirige a dar información y apoyo a las mujeres que desean amamantar a sus criaturas. Realizan reuniones una vez al mes en centros municipales de la Comunidad de Madrid, siendo uno de ellos en Villafranca.

Sus integrantes son mujeres que han sido madres, algunas además son profesionales sanitarias. Ofertan además sus teléfonos particulares para que las mujeres que tengan problemas o dudas puedan contactar con ellas en cualquier momento.

¹⁷ Su página web es: www.ligadelaleche.es

Este grupo forma parte también de los grupos de apoyo a la lactancia de la iniciativa Hospital Amigo de los Niños, correspondiente al hospital de Villafranca, objeto de nuestra investigación.

Han participado también en la elaboración y difusión de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo.

1.2.4.4. Asociaciones de mujeres: Asociación El Parto Es Nuestro¹⁸

Es una asociación formada principalmente por mujeres, madres y parejas, aunque también hay profesionales como matronas, ginecólogas y otras. Se crea en el año 2001, cuando dos mujeres que habían pasado por sendas cesáreas, se preguntaban públicamente en Internet: *¿Por qué estando sanas y con embarazos normales, habían tenido que pasar por una cirugía mayor abdominal para tener a sus hijos?* Ellas crearon un foro en Internet llamado Apoyocesáreas, el cual fue creciendo y dio lugar a la asociación. De modo que inicialmente surgió para prestar apoyo psicológico sobre estos temas, y a partir de ahí comenzaron a reivindicar los derechos de las madres y sus criaturas.

Según los datos de su página web, tienen unas 2.500 personas suscritas a sus foros y reciben unas 30.000 visitas mensuales. Hay grupos en Andalucía, Galicia, Cataluña, Asturias, Madrid, Valencia y Aragón.

Sus objetivos se vinculan a que se apliquen las recomendaciones de la OMS para el parto respetuoso con la madre y el bebé, ofrecer apoyo emocional a madres y familias que tuvieron partos traumáticos y promover la lactancia materna.

En su página web hay una gran cantidad de documentos accesibles, y así la asociación pretende ser un apoyo en la información y formación de las mujeres durante su epp. Las principales actividades que realiza la asociación son:

- Campañas e informes sobre aspectos a mejorar en la atención obstétrica, como la iniciada en 2008, “Transparencia en obstetricia”, con el objetivo de que se hicieran públicas las estadísticas obstétricas de los hospitales y se recogieran más y mejores indicadores de este proceso. Otra campaña, realizada en el mismo año, fue “¡Que no os separen!”, y versaba sobre la importancia del vínculo tras el nacimiento entre la madre y su bebé.
- Folletos sobre diferentes procedimientos sanitarios como son: “¡No a la episiotomía de rutina! una práctica a erradicar”, “Dar a luz en España” (con consejos sobre las

¹⁸ Su página web es: www.elpartoesnuestro.es/index.php

recomendaciones de la OMS), “Anestesia epidural: riesgos y consejos para su utilización” y “Posiciones durante el parto”.

- Reuniones informativas en toda la geografía española, en las que informan sobre estos aspectos y ofrecen recursos y apoyo a las demandas de las mujeres que a ella acuden.
- Foros y relatos sobre las vivencias de mujeres y hombres sobre el nacimiento y la atención sanitaria recibida.
- Asesoramientos sobre los derechos de las mujeres y sus bebés en la asistencia obstétrica.

Como señala Fuentes: *“empezaron este movimiento mujeres treintañeras universitarias, que como una de ellas me decía un día, creíamos que eso del feminismo era algo ya superado, anacrónico, que habían ya conquistado nuestras madres y abuelas, y que desde luego , no tenía nada que ver con el sistema sanitario, ni mucho menos con la maternidad”* (2008:8). La mayor parte de su trabajo se centra, por tanto, en una visión crítica de la actual atención al parto, y desarrollan todas estas acciones para mejorar las condiciones de asistencia a las “madres” e “hijos” durante el epp. Sin embargo, no siempre se identifican ni son identificadas como grupos estrictamente feministas. Su papel en relación a la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo ha sido muy relevante, tanto en la elaboración como en la difusión de la misma.

Muchas mujeres han visitado su página web, han asistido a las reuniones que convocan y en base a la información proporcionada empiezan a repensar el epp y su asistencia. También acuden profesionales a esta asociación, generalmente a través de su página web, por la gran cantidad de datos y estudios que ofrece.

2. MARCO TEÓRICO

Si bien existen concepciones que entienden que, como la atención biomédica al epp se dirige exclusivamente a las mujeres, este hecho en sí mismo implica ya una perspectiva feminista, dichas consideraciones no advierten cómo y por qué la asistencia al epp se encuentra, en realidad, atravesada por una serie de ideologías y de prácticas de género que promueven la desigualdad. Así como tampoco reconocen que al interior del modelo biomédico y de sus prácticas, del proceso mismo de la reproducción, subyace un sistema de vigilancia sobre las mujeres, que es posible apreciar sin ir más lejos en los discursos dedicados a la centralidad de la maternidad en la vida de las mujeres, en la asignación de un rol de cuidadora que perpetúa la división sexual del trabajo, en la uniformización de todas las mujeres sin tener en cuenta las diferencias y desigualdades que existen entre ellas, o en la medicalización de su salud que impide el verdadero control sobre su atención al epp.

Revisar las ideologías y prácticas de la institución sanitaria, de sus profesionales y de otros grupos como las asociaciones que están participando en los enfoques en torno al epp, es nuestro propósito general, problemática sobre la cual hacemos mayor hincapié en este capítulo. Con ello esperamos dar cuenta de las desigualdades existentes y de sus formas de mantenimiento y perpetuación, a la vez que intentamos proponer, desde la crítica constructiva, alternativas que promuevan la igualdad.

Así pues, las ideologías y las prácticas de género en la atención del epp constituyen los objetos de análisis de este capítulo, ejes que serán desglosados en los tres elementos básicos que lo articulan: ideologías y prácticas de género (2.1.), atención sanitaria (2.2.) y epp (2.3.). En cada uno de sus apartados tratamos, pues, diferentes teorías, definiciones y conceptos encargados de explicar tanto el punto de partida como el consecuente desarrollo y desenlace teórico de nuestra investigación, apartados que ofrecen además el marco conceptual imprescindible para comprender sus resultados.

En el primero de ellos abordamos las ideologías y prácticas de género, explicándolas y haciendo uso de conceptos como género y feminismo, para lograr articular así dichas ideas en el ámbito que nos ocupa. Asimismo, se presentan los principales ejes temáticos que se ponen de manifiesto para el estudio del epp desde una perspectiva feminista. Estas aportaciones proceden principalmente del movimiento feminista, de instituciones dirigidas a la promoción de la igualdad y de la antropología de la

reproducción. Para concluir, analizamos los discursos que se esgrimen actualmente sobre inclusión y sobre participación de los hombres en el proceso.

El segundo apartado se centra ya en la atención sanitaria propiamente dicha, y en él repasamos con mayor detalle y aplicamos a nuestro objeto de estudio las consecuencias que para él tiene el modelo biomédico imperante –que estructura la atención, esbozada en el capítulo anterior–, modelo del que subrayaremos sus premisas más relevantes en lo que a su definición de cualquier proceso de salud y enfermedad se refiere, y cuyo resultado es la “captura” del marco teórico indispensable para comprender la asistencia obstétrica revisada desde la antropología médica. Para terminar este apartado, abordamos la lógica inherente a las concepciones productivistas, que determinados estudios de la antropología de la reproducción consideran que estructuran la organización sanitaria.

Finalmente, el último apartado propone vincular los aspectos teóricos revisados con aspectos prácticos que pueden observarse en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Describiendo cada una de las etapas de dicho proceso, damos paso a la presentación de las representaciones más relevantes que se han descrito en diferentes estudios sobre el epp, y desde las cuales su atención se comprende de una determinada manera. Dentro de éstas incluimos visiones sobre la maternidad que posteriormente relacionaremos con los hallazgos de nuestra investigación.

2.1. SOBRE LAS IDEOLOGÍAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO

Esta investigación opta decididamente por un enfoque feminista. Partiremos pues de una exposición de determinados conceptos para a continuación ofrecer una relación de los estudios sobre salud y género que han supuesto el punto de partida de nuestro estudio. Comenzamos describiendo pues los antecedentes que es posible encontrar en los estudios de salud, feministas y en aquellos enfoques que parten desde la antropología. En este análisis se tienen en cuenta las aportaciones sobre igualdad de las organizaciones internacionales y las organizaciones nacionales, las instituciones sanitarias y también las aportaciones procedentes de asociaciones y grupos feministas y/o interesados en la salud de las mujeres. A su vez, se incluyen en el análisis las contribuciones antropológicas que sugieren ubicar los estudios del proceso del epp dentro del concepto de “reproducción”. Para cerrar esta primera parte, consideramos conveniente aproximarnos a las propuestas que se han realizado sobre la participación de los hombres en el epp.

2.1.1. Definiendo algunos conceptos en torno al género

En el ámbito sanitario la expresión que habitualmente se emplea para referirse al enfoque feminista es el de “perspectiva o enfoque de género”. Organismos internacionales como la OMS –y sus regiones– se ocupan ya hace tiempo de integrar esta posición en la salud; así, en 1999 la Organización Panamericana de la Salud señala: *“Abordar la salud desde una perspectiva de género, significa reconocer que más allá de las diferencias biológicas de sexo, existen distinciones de género socialmente construidas entre mujeres y hombres que afectan diferencialmente a la salud de unas y otros y su respectiva posición dentro del sistema de salud”* (1999:1). Esto implica, por un lado, que el género es una categoría que permite explicar y comprender las diferencias entre los hombres y las mujeres, y cómo estas diferencias influyen en los procesos de salud, enfermedad y atención; y, por otro lado, permite ver cuáles son las diferencias existentes, aquellas que proceden de la biología o de lo social, de lo innato o de lo adquirido, con el fin de, y siguiendo con las definiciones de la OPS, *“eliminar diferencias innecesarias, injustas y evitables en las oportunidades de disfrutar de salud, y en la probabilidad de enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles”* (1999:2).

La integración del enfoque de género en nuestro país ha ido desarrollándose por diferentes grupos y en diferentes líneas, que de una forma sintética pueden ser agrupadas en cuatro grandes áreas: la salud de las mujeres, las desigualdades sociales y de género en la salud, el género como determinante de la salud, y la salud de los hombres (Velasco, 2006:22–26; Blázquez, 2007b:19–20).

A pesar de las diferencias entre cada una de estas áreas, se considera que en la salud todas tienen cabida, ya que todas tienen el objetivo de reducir las desigualdades entre los hombres y las mujeres (Instituto de la Mujer, 2002:18). Sin embargo, compartiendo este objetivo se insinúan diferentes formas de conceptualizar la igualdad, tras las que se reflejan diferentes versiones del feminismo que, integrando y modificando conceptos, mantienen vivas las diferentes corrientes feministas y sus posicionamientos sobre la salud (Fee, 1983:17–34). A pesar de todo, como en nuestro país el desarrollo del movimiento feminista y de las asociaciones de salud de las mujeres ha sido diferente al de otros contextos como el europeo y anglosajón, no se puede trasladar apodramáticamente la existencia de todas estas corrientes en España¹⁹.

¹⁹ Podemos encontrar en España corrientes como: feminismo de la igualdad, feminismo de la diferencia, feminismo cultural, feminismo radical o ecofeminismo, por nombrar sólo algunos de los que pueden ser consultados de forma general en Cristina Sánchez, Elena Beltrán y Silvina Álvarez (2001:75-126) y con sus respectivas aportaciones sobre la salud en Sara Velasco (2006:16-19).

En España, los primeros grupos de trabajo de género y salud se dieron con el movimiento feminista, una vez iniciada la democracia, al constituir comisiones de salud en la mayoría de sus asociaciones de todo el Estado. Aparecieron entonces manifiestos como el Documento del Colectivo Feminista Pelvis, del grupo de Mallorca sobre Self-help (González, 1979:165). E igualmente surgieron grupos de trabajo como el de la Conferencia de Nairobi de 1984, que elaboró un documento en el que se revisa la situación de salud de las mujeres analizando el trabajo de las amas de casa, el cuidado de la unidad familiar y la sexualidad matrimonial (Grupo de Trabajo de Nairobi, 1986:9-22). A partir de los años 90, se constituyen grupos de investigación en género y salud pública como el del Servicio de Información Sanitaria del Instituto Municipal de la Salud de Barcelona. En la misma ciudad, el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) creó el programa de Mujer, Salud y Calidad de Vida. Posteriormente, el Grupo del Instituto de Salud Pública de Valencia, la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III se incorporan a estos estudios. En 1998 se crea un grupo de Género y Salud Pública dentro de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) (Colectivo, 2000:54). En 1999 se articula la Red de Médicas y Profesionales de la Salud del Estado Español y en 2003 se constituye la Red Nacional de Investigación Temática de Género y Salud (RIGS), que agrupa a los principales grupos de investigación en este área.

Asimismo, podríamos decir que se dan diferentes niveles de sensibilidad de género. De esta manera, en una reunión amparada por la Región Europea de la OMS en 1997, el Grupo de Estudios de Mujeres de Glasgow presentó una tipología según el nivel de sensibilidad de género que podía contener una institución, programa o servicio (1997:20). Los diferentes tipos que establecieron fueron los siguientes:

- Sensibilidad de género: se aceptan las diferencias de género y se promueve activamente la igualdad de oportunidades y que los diferentes puntos de vista de mujeres y hombres se tengan en cuenta.
- Insensibilidad de género: las diferencias de género se atribuyen a otras condiciones de desigualdad (económicas, laborales, de poder u otras), en vez de a la posición diferenciada de hombres y mujeres.
- Invisibilidad de género: se promueve la igualdad sin considerar las diferencias de género, ya que no se considera la situación desigualitaria de partida de las mujeres.
- Estereotipos de género: no se promueve la igualdad y se perpetúan las representaciones del sistema de género tradicional.

Independientemente de esta diversidad de posiciones, lo cierto es que el desarrollo de estas líneas de trabajo y de una red de sanitarias e investigadoras feministas en todo el Estado reflejan la consolidación de un marco teórico–conceptual de género y salud.

Las definiciones de este marco las podemos hallar en la Ley de Igualdad de 2007, en la que, en su artículo 27, se explica la integración del principio de igualdad en la salud, que significa tener en cuenta las diferentes necesidades de mujeres y hombres, estudiar estas diferencias y promover la salud de las mujeres.

A su vez, las definiciones de conceptos como “sistema sexo–género” aparecen en algunos documentos, como por ejemplo en el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008–2011) del Ministerio de Igualdad:

“Mientras el sexo hace referencia a la diferencia biológica existente entre dos individuos, el género es una construcción socio–cultural, que define características emocionales, intelectuales y de comportamiento, por el hecho de pertenecer a alguno de los dos géneros: masculino o femenino. El proceso de socialización (aprendizaje de patrones culturales y sociales que permiten integrarse en un grupo social) es diferente según el sexo, asignando modelos (culturales y sociales) diferentes para las mujeres y para los hombres, en función de lo tradicionalmente establecido para unos y otros, en función, en definitiva, de modelos impuestos” (2008:115).

De forma que el concepto de sexo y género se describe de una forma dicotómica, como si se tratara de elementos opuestos y mutuamente excluyentes, quedando el sexo para referirse a las diferencias biológicas y el género en relación a las diferencias socioculturales. Sin embargo, nuestra investigación y nuestros planteamientos, que como se ha dicho se sitúan en la antropología feminista, defienden “*un punto de partida alternativo y más complejo del género: el de que son las desigualdades sociales –el género– las que interpretan y explican las diferencias biológicas –el sexo– de una determinada manera, y no al revés, como se piensa habitualmente, aunque existan por supuestos realidades biológicas innegables (pero que son siempre interpretadas)*” (Esteban, 2007:72).

A partir de esta definición, es posible pensar un sistema u orden de género – denominado así en antropología– frente al sistema sexo–género:

“Como un sistema social ordenado de una manera determinada, con unas relaciones de poder y una distribución del trabajo también concretas entre hombres y mujeres, y donde el género se articula (actúa conjuntamente) con otros factores de estratificación social, como la clase social, la etnia/cultura, la edad, la práctica sexual, etc. El género sería así una estructura de relaciones sociales y el sistema social una totalidad donde se articula lo institucional, lo simbólico y lo material en un contexto histórico concreto; pero la integración de los distintos niveles no se da de manera

armoniosa sino que aparecen siempre contradicciones, conflictos y prácticas alternativas” (Connell, 1997; en Esteban, 2007:71).

Este sistema de género está conformado por una serie de elementos que Virginia Maquieira (2001:167–173) denomina “componentes del género”, a saber: la división del trabajo, la identidad de género, las atribuciones de género, las ideologías de género, los símbolos y las metáforas culturalmente disponibles, las normas sociales, el prestigio y las instituciones y organizaciones sociales.

Integrando el poder como constitutivo del sistema y partiendo del modelo de Robert Connell (1987), Teresa Del Valle y su equipo (2002:24) para construir una propuesta dónde, además de las tres estructuras descritas por el autor (relaciones de producción o división del trabajo, relaciones de poder y catheisis –organización de la sexualidad y las emociones–), insertan en él las representaciones y el prestigio, precisamente, de manera transversal. Estas propuestas intentan traducir este sistema en diferentes elementos sobre los que opera y se reproduce la desigualdad entre los hombres y las mujeres, lo cual supone, como vemos, una sustancial ampliación del concepto de “género”, más allá de la mera oposición con el concepto “sexo”.

Reconociendo la complejidad de este sistema, en esta investigación nos fijamos en las ideologías de género, como *“los significados acerca de macho y hembra, masculino y femenino y sexo y reproducción en una cultura determinada. Se definen como sistemas de creencias que explican cómo y por qué se diferencian los hombres y las mujeres; sobre esa base se especifican derechos, responsabilidades, restricciones y recompensas diferenciales”* (Maquieira, 2001:168–169).

Dichas ideologías nos informan acerca de las estructuras, de los modelos de relación socialmente disponibles, que se reproducen a partir de la acción de los actores sociales, desde un posicionamiento centrado en la praxis humana (Del Valle et al., 2002:22). Por tanto, estas ideologías son mantenidas, cuestionadas o modificadas en base a las prácticas sociales, coloquialmente hablando, “a lo que hace la gente”.

Éste es pues en definitiva el planteamiento que presentamos en nuestra investigación, que pretende acercarnos a entender que a partir de los discursos y de las prácticas observadas y recogidas de los sujetos sociales es posible advertir la presencia de ideologías concretas como las señaladas. Y esto tanto en aquellos sujetos que alimentan y mantienen el orden social como de los que proponen cambios para la igualdad. De manera que, por ejemplo, las profesionales pueden coincidir con estas visiones imperantes en el modelo biomédico sobre el sistema de género o no y, en consonancia con ello, participan en su reproducción o en su cambio.

Por otra parte, la población que acude al sistema sanitario durante el epp –como las mujeres, sus parejas y su entorno–, también interviene en la reproducción del sistema de género o cuestionan ciertos elementos del mismo. Todos estos sujetos sociales pueden presentar además posiciones ambivalentes, en las que existen aperturas y resistencias, contradicciones entre discursos y prácticas, motivo por el cual se pueden dar –y en efecto se dan– simultáneamente procesos de cambio y continuidad, diferenciados según el tipo de agente y, especialmente, según la posición de poder que ocupe cada sujeto. Así, cómo argumentan Del Valle et al., *“la hegemonía siempre está en proceso, con la coexistencia de acciones alternativas y contradictorias”* (2002:32–33), de forma que el modelo hegemónico es continuamente renovado, recreado, defendido y modificado, pero al mismo tiempo es resistido, limitado, alterado y desafiado.

2.1.2. Aportaciones para una perspectiva feminista en el epp

A lo largo de esta tesis utilizamos más el término “perspectiva feminista” que el de “perspectiva de género”, por ser más preciso y porque alude mejor a que el feminismo ha sido una teoría crítica que, además de colocar en primer lugar la inclusión de la diferencia sexual y de la categoría de género en la salud, señala y desvela los conocimientos y prácticas biomédicas que invisibilizan a las mujeres, perpetúan su situación subordinada y reproducen las desigualdades existentes. Partimos entonces de una concepción que define que *“feminista es toda Antropología que acepta que las relaciones de opresión entre hombres y mujeres son alterables y entiende que es necesario analizarlas para mejorarlas”* (Thurén, 1992; en Martín, 2006:35).

Para explicar mejor el enfoque desde el que se ha realizado la investigación, introducimos ahora algunas notas sobre el recorrido del feminismo en el ámbito de la salud y, más concretamente, con respecto al proceso reproductivo.

Presentamos entonces en las páginas siguientes algunos antecedentes que nos ayudan a entender cómo determinadas propuestas y cómo algunos grupos que encontramos actualmente participando en los cambios de la atención sanitaria, mantienen su presencia, que nace en los años 80 y 90. Asimismo, se observan cómo algunas temáticas han ido cobrando diferentes significados, como por ejemplo el control del cuerpo de las mujeres. En este recorrido destacamos, en primer término, las aportaciones que se han realizado desde organizaciones de la salud, tanto internacionales como nacionales. A continuación damos entrada a las aportaciones procedentes del movimiento feminista y de asociaciones y grupos de la salud, para dedicar a su vez un mayor espacio a las

que vienen de la antropología de la reproducción, ya que han estructurado en mayor medida nuestro estudio.

2.1.2.1. Desde organizaciones de salud

El punto de inicio para hablar sobre el epp lo comenzamos con la Declaración de los Derechos Sexuales y Reproductivos que tuvo lugar en la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo, en 1994, en El Cairo (Egipto). En ella se reconoce el derecho de las mujeres a disfrutar de su salud y su reproducción y decidir sobre las mismas. Se explicita entonces que *“las mujeres deben ser sujeto y no objeto, de los servicios de salud reproductiva”* (Capítulo VII, punto A). Este acuerdo internacional conlleva la difícil tarea de transformar burocracias, instituciones médicas y agencias para crear las condiciones que posibiliten el desarrollo de las mencionadas directrices.

Al año siguiente, en 1995, tiene lugar en Pekín (República Popular de China), el IV Encuentro Internacional de Mujeres, en donde se reitera la importancia de la justicia de género y la igualdad en el hogar y en el trabajo, tanto en la dimensión productiva como en la reproductiva. Los párrafos 89 al 111 se dirigen a específicamente a concretar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Instituto de la Mujer, 1996:89–116).

Desde otras instituciones sanitarias como la OMS –y sus regiones– se han presentado diferentes propuestas en relación a la asistencia obstétrica, para denunciar las actuaciones biomédicas y proponer otras prácticas sanitarias diferentes. El conjunto de estas declaraciones internacionales serán presentadas en el siguiente apartado, que versa sobre el enfoque fisiológico en la atención al epp, pues consideramos que no se puede afirmar que partan de un planteamiento feminista, aunque sean referenciadas y sirvan en cualquier caso de apoyo para las reivindicaciones feministas.

En organizaciones del ámbito nacional sí es posible encontrar propuestas críticas que se interesan en la atención sanitaria al epp. Que sobre todo surgen desde instituciones centradas en las mujeres, las primeras actuaciones fueron impulsadas por el Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, como por ejemplo, los programas de información y educación para la salud ante la maternidad, desarrollados entre 1988 y 1990, así como diversas publicaciones sobre el epp (Instituto de la Mujer, 1994:86–99). Asimismo en los Planes de Igualdad, de ámbito estatal, se hace constar la preocupación por la salud de las mujeres, y en el IV Plan de Igualdad (2003–2006) se plantea la necesidad de continuar impulsando el cumplimiento de las medidas y

recomendaciones de la OMS en la Declaración de Fortaleza (1985), recomendaciones tales como la intervenciones de apoyo para la participación de los varones en los procesos de crianza y el cuidado, el incremento de la protección social del embarazo en mujeres que no acceden a ella, la mejora de las condiciones de la misma y, por último, promover la conciliación familiar y laboral.

También es preciso destacar las aportaciones que se vienen llevando a cabo desde 1998 en los Encuentros de Verano de la Escuela de Salud Pública de Mahón, organizados por el Instituto de la Mujer y el Instituto de Salud Carlos III. Estos encuentros reúnen a profesionales de las Consejerías de Salud y de Mujer de las Comunidades Autónomas, con el objetivo de analizar cómo incorporar la perspectiva de género a los programas sanitarios, donde se ha ido evaluando también la atención al epp.

En el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008–2010) del Instituto de la Mujer, vigente en la actualidad, en el tercer objetivo se dirige a la salud de las mujeres en el epp y señala:

“3.5. Impulsar la aplicación de las recomendaciones internacionales sobre los derechos de las mujeres embarazadas. Favorecer la implicación de los padres en los programas de preparación a la maternidad/paternidad y de salud infantil, para que compartan el cuidado de sus hijas e hijos.

3.6 Realizar un estudio sobre la práctica de las cesáreas en el Sistema Nacional de Salud, que permita conocer las circunstancias en las que se practica y el papel de profesionales y usuarias en la toma de decisiones” (2008:70).

Por otra parte, entre las instituciones sanitarias que han abordado la introducción del enfoque de género en el proceso reproductivo, destacamos el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo, organismo que entre sus metas para conseguir la equidad de género se plantea un área dirigida específicamente a la atención al epp, donde se promueven las siguientes medidas:

- Implantación de iniciativas de atención humanizada al parto normal en los que se consideren las recomendaciones de la OMS, la participación de las mujeres y la adecuación del entorno físico para su comodidad y seguridad.
- Implantación de iniciativas para la promoción de la lactancia materna desde el respeto a las decisiones informadas de las mujeres y a la solidaridad mediante la donación segura de leche materna.
- Implantación de protocolos basados en la evidencia científica en la atención al embarazo, parto y puerperio, para disminuir las intervenciones innecesarias y la

variabilidad en la práctica clínica, especialmente en el uso de ecografías y controles, las cesáreas, episiotomía y rasurado perineal.

- Implantación de iniciativas de atención multicultural al embarazo, parto y puerperio.

Estas acciones se vienen desarrollando desde el año 2006, destinando parte de sus fondos de cohesión a actuaciones de los servicios de salud para mejorar la atención al parto y el nacimiento. Fruto de la línea de trabajo conjunto entre el Observatorio de Salud de la Mujer y las Autonomías ha sido la Estrategia de Atención al Parto Normal, anteriormente citada. Actualmente, se encuentran en proceso de elaboración varios documentos derivados de esta estrategia, como la Guía de Práctica Clínica sobre el Cuidado de Mujeres Sanas y su Bebé durante el Parto y el Nacimiento y la Guía de Estándares de Calidad Asistencial de las Maternidades Hospitalarias.

Los discursos de estas organizaciones legitimadas en la salud en torno a integrar el enfoque de género en el epp, reflejan la importancia de estudiar este proceso sanitario. Sin embargo, parte de sus propuestas se está dando más a nivel formal, es decir, a través de declaraciones y documentos, que al interior de las propias instituciones y sus profesionales, que son quienes finalmente deben llevar a buen término las mismas.

2.1.2.2. Desde las asociaciones y el movimiento feminista

Aunque hemos comenzado citando los grupos institucionales hay que decir los actores principales que han participado en definir lo que constituye la perspectiva feminista en el proceso del epp, han sido el movimiento feminista y asociaciones de mujeres y grupos de salud²⁰. Desde el movimiento feminista, habría que destacar la labor de los Centros de Planificación Familiar, que surgieron en los años 70 y primeros de los 80 en distintas partes del Estado (principalmente en Asturias, Cataluña, Madrid y País Valenciano). Antropólogas como Esteban (1992) y Yolanda Bodoque (1996) que los han estudiado constatan el enfoque feminista de dichos centros en su quehacer a favor de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de las mujeres y de la salud de las mujeres por ellas mismas. Pretendían que se pusieran en marcha algunas consignas para revertir la asimetría en la relación sanitaria y compartir la atención y el control sobre la salud con las mujeres.

²⁰ Parte de los razonamientos que se realizaban desde algunos grupos de mujeres, asociaciones y profesionales del epp no han estado enmarcados en un enfoque feminista. Sus argumentaciones giraban más bien alrededor de la importancia social, familiar y para la vida de las mujeres que debe implicar el embarazo, parto y el nacimiento.

Esta serie de aportaciones estaban en la línea de las propuestas del Colectivo de las Mujeres de Boston²¹ –dentro de la filosofía del self–help²²– sobre el autocuidado y el autoconocimiento, que tuvieron también en los años setenta gran influencia en las acciones de los grupos de salud de las mujeres creados por el movimiento feminista en todo el territorio español. La importancia que desde el feminismo se dio al concepto de “control” de la salud por parte de las mujeres queda mostrada en el siguiente párrafo:

“El control de nuestro cuerpo reproductivo (métodos anticonceptivos, aborto) y la definición de nuestra sexualidad, tiene que estar en nuestras manos. No puede ser patrimonio ni de los intereses del Estado (...) ni de la sociedad machista en general, con sus instituciones como la medicina, que no sólo controla y determina la idea de salud y enfermedad y conserva con todas las fuerzas el conocimiento para que dependamos de los médicos, alimentando sus bolsillos y privilegios de clase, sino que las mujeres, en su camino, eran una obstáculo, que salvaron arrebatándolas el ejercicio de la medicina, que antiguamente practicaban ellas para solucionar sus problemas de salud específicos, y relegándolas de todas las tareas de responsabilidad y decisión, como lo hicieron con las comadronas y con las enfermeras, y llegando al punto de erigirse en expertos de nuestra sexualidad, definidores de nuestras sensaciones en la menstruación, el parto, la menopausia o la cama. La propuesta revolucionaria del self–help es que las mujeres tomen, como grupo, ese control” (Ana Mercadé, en De Miguel, 1980:24).

Siguiendo esta filosofía de los derechos de salud sexual y reproductiva, en 1987 se funda la Federación Española de Planificación Familiar, que agrupa a las asociaciones y profesionales que formaron parte del desarrollo de los Centros Municipales de Planificación Familiar. En 1988, esta Federación realizó varios comunicados de prensa titulados “La igualdad de derecho”, “Malos tratos a la mujer”, “La sexualidad no es solo maternidad”, “Solo 3 de cada 10 que trabajan fuera de casa son mujeres” y “¿Quién decide en la política?” (Salazar, 2007:18). En ellos quedan bien plasmadas sus preocupaciones respecto a la salud y la situación de las mujeres. Su planteamiento es crítico con la medicalización, la falta de control de las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva y la necesidad de reorientar la atención sanitaria.

Por otra parte, La Red de Mujeres Profesionales de la Salud, formada en 1998 y coordinada por el centro CAPS de Barcelona, ha venido proponiendo desde su

²¹ El libro que difundió esta propuesta: *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, fue publicado en 1971 y es el resultado de las reuniones de un grupo de mujeres de Boston (EEUU) para hablar sobre su salud desde la consigna de conocerla y gestionarla ellas mismas, frente al saber y paternalismo del estamento médico. El libro fue traducido al castellano en Chile en 1973, desde donde llegaron algunos ejemplares a España, hasta su primera edición en el país en 1982 gracias a la labor de Leonor Taboada.

²² El Grupo de Mallorca en su Documento del Colectivo Feminista Pelvis describe el self–help (auto–ayuda) “como la necesidad de manejar los instrumentos que nos permitan controlar nuestra vida reproductiva, en definitiva, nuestro cuerpo. Y al analizar los mecanismos montados para preservar nuestra sumisión, nos topamos con la medicina, elemento fundamental en el juego miserable de nuestra marginación” (González, 1979:165–166).

fundación un planteamiento crítico y feminista sobre la salud de las mujeres. Así, en su VI Seminario de Autoformación realizado en 2003, se revisó la atención al proceso del epp. Al seminario acudieron mujeres procedentes de diferentes movimientos de salud, que debatieron sobre la medicalización, las recomendaciones de la OMS y la necesidad de reorientar el sistema sanitario biomédico. Parte de los debates y propuestas que se presentaron en el seminario fueron recogidas en los números 11 y 12 de la revista *Mujer y Salud* ²³.

De esta manera, vemos que una de las cuestiones fundamentales que han sido visibilizadas y denunciadas desde todas estas propuestas, ha sido el androcentrismo del conocimiento científico sanitario, tanto en la asistencia como en la investigación y docencia (Esteban, 2001:34; Ortiz, 2006:47-48,159,167). El concepto de androcentrismo se refiere al enfoque científico desde el que lo masculino y lo relacionado con los hombres se pone en el centro del conocimiento, y se identifica con lo humano en general, y viceversa, lo humano en general con lo masculino. La ciencia, a pesar de presentarse como neutral, está basada en valores y estereotipos que jerarquizan los procesos biológicos, resultando más notables los masculinos y devaluados los femeninos²⁴. Esto se debe a dos razones principales: en primer lugar, porque históricamente la ciencia ha sido construida por varones; y, por otro lado, porque esta visión constituye de alguna manera toda la ciencia occidental y, por tanto, también la medicina (Esteban, 2001:38; Ortiz, 2006:48-52).

La medicina actúa *“objetivando una serie de valores dominantes de la sociedad”* (Bodoque, 1996:141), es decir, reproduce las ideologías sociales. Por ejemplo algunos autores han estudiado estos procesos, como Jordi Roca (1996) quien describe la construcción de los discursos sobre las mujeres en los siguientes años de la posguerra española, subrayando cómo las mujeres tenían que orientar sus vidas exclusivamente al matrimonio y a la maternidad.

Encontramos otros ejemplos, del sexismo de la ginecología en el análisis de las ideologías que sobre las mujeres subyacen en los manuales de ginecología realizado por De Miguel (1979). Allí se señala que las mujeres en general han sido consideradas biológicamente inferiores a los varones, hechas en exclusiva para ser madres, por lo que no debían recibir más allá de una educación general, no debiendo trabajar y

²³ Este monográfico se titula *“A vueltas con la maternidad”* y se puede consultar en: www.matriz.net/mys/

²⁴ El sexismo –entendido como el conjunto de los métodos empleados en el seno del patriarcado para poder mantener en inferioridad, subordinación y explotación al sexo femenino (Stolke, 1996:335)– se halla presente también en el método científico y en todas las ramas de la ciencia, incluida la medicina (Duran, 1982:7-32; Bernis y Cámara, 1982:205-228); Ortiz, 2002:30).

cuestionando los derechos de independencia de las mujeres, pues *“la mujer moderna se estaba virilizando, haciendo peligrar la especie”* (1979:44). La mujer (madre) era –para la ginecología y medicina en general– un ser inestable e inculto, y consideraban que debía ser educada y controlada.

Otra de las cuestiones que se han destacado en este tipo de estudios es que la institución sanitaria ha sido uno de los principales agentes que ha ejercido el control sobre las vidas de las mujeres a través de sus procesos de salud, específicamente en la atención a la reproducción en general (Ortiz, 2006:176–179).

En relación al epp, esta preocupación se ha manifestado en dos vertientes principales:

- En primer lugar, con objeto de mostrar cómo se somete a las mujeres a esta relación de subordinación, situando a las mujeres a través de sus procesos de salud bajo los saberes de los expertos médicos, con los que se da una relación jerárquica entre expertos y mujeres (Ehrenreich, 1990:238–301; Esteban 2001:11). A este nivel son fundamentales algunas estrategias como los protocolos, normas, sanciones morales y la violencia simbólica.
- En segundo lugar, a partir de ahí se deriva otra preocupación feminista, centrada en mostrar cómo bajo el amparo de este control se ha facilitado una expropiación de los conocimientos y experiencias de las propias mujeres sobre su salud (Cabré y Ortiz, 2001:23–24; Ortiz, 2006:195), lo que conecta con el desplazamiento sufrido por las comadronas y parteras en beneficio de la ginecología en la asistencia obstétrica, ya analizado en el capítulo anterior.

Por último, encontramos una serie de aportaciones que se han encargado de evidenciar la medicalización de la salud de las mujeres y, en concreto, del epp, un asunto que sin más dilación pasamos a abordar en los siguientes subapartados.

2.1.2.3. Desde la antropología de la reproducción

La antropología de la reproducción surge a partir de los años 70, con numerosas etnografías que analizan todos los asuntos relacionados con la misma y que suponen un acercamiento a las vivencias de las mujeres. Las antropólogas en cuestión no provienen exclusivamente de la antropología médica, sino que para algunas su interés en la salud de las mujeres procede de los estudios de clase o estructura social (Rapp, 2001:468). Como viven y trabajan en EEUU y Gran Bretaña, es preciso que revisemos sus estudios sin perder de vista las diferencias existentes en los distintos contextos y áreas de conocimiento, sobre todo en lo concerniente a los procesos de atención

reproductiva y concepciones de salud y enfermedad. Por otro lado, es necesario ligar estos trabajos al desarrollo de la teoría feminista y de los movimientos de mujeres y su articulación con los procesos de salud. Por último, hay que considerar el proceso de asentamiento de la antropología, particularmente de la antropología médica, en nuestro país. Una relación de estas aportaciones se puede encontrar en Blázquez (2005a).

La antropología ha subrayado el carácter sociocultural del epp, ya que no es un proceso o acontecimiento meramente biológico ajeno a las relaciones sociales ni a los sentidos e implicaciones que supone este proceso para cada grupo social y en cada contexto histórico. Sólo desde la interrelación de estos niveles, podemos entender bien las conceptualizaciones del epp, así como dar cuenta de la variabilidad sociocultural de este acontecimiento, tanto en lo que se refiere a la diversidad de formas de atenderlo e interpretarlo como a las experiencias que giran en torno al mismo.

Entre los acercamientos antropológicos a este aspecto de la vida, hay que destacar en primer lugar el que define el epp como un “rito de paso”. Arnold Van Gennep (1986) fue el primero en explicar que las conceptualizaciones y las formas de manejo del epp se relacionaban con el hecho de que el nacimiento de un nuevo individuo social era un rito de paso, porque da lugar al cambio de estatus de los “progenitores” (de mujer a madre y de hombre a padre) y, al mismo tiempo, se reconstituyen los vínculos de parentesco, estableciendo los símbolos que permiten la interiorización de los valores culturales de una sociedad. Este enfoque ha sido recogido en diferentes etnografías, como las de Sheila Kitzinger (1978:84–92), Shelly Romalis (1981:10–11), Hilari Homans (1982:231–266) y Robbie Davis Floyd (1987:288–318).

Otros planteamientos antropológicos parten de la descripción del epp desde el concepto de “reproducción” (Tabet, 1985:115–116; Narotzky, 1995:31), propuesto por Felicity Edholm, Olivia Harris y Kate Young (1977; en Comas 1998:78), que señalaron tres componentes o sentidos esenciales: la reproducción biológica, la reproducción del trabajo y la reproducción social, encargados de explicar las relaciones que subyacen en el trabajo de las mujeres, estructurar la división del trabajo e indicar que cuando hablamos de la reproducción hablamos de cosas muy distintas (Moore, 1991:71; Comas, 1998:78). Veamos ahora en detalle cada uno de estos componentes:

- El primero, la reproducción biológica, se refiere al hecho de aumentar el número de individuos de un grupo familiar o social. El control de la reproducción biológica es a menudo el único aspecto que se considera desde la atención, con la intención de que no haya mortalidad materna ni infantil en este proceso. Incluso en países como España,

donde estas cifras son bajas y estables, las acciones sanitarias pretenden disminuir la morbilidad, que se reduzcan o no se produzcan enfermedades y problemas de salud o garantizar el nacimiento de nuevos individuos.

- El segundo implica la reproducción de la fuerza de trabajo, a través de la cual se perpetúa la división sexual del trabajo, ya que la asignación de la crianza y la reproducción a las mujeres se dan cuando se convierten en madres. De esta forma, a través del epp se perpetúa la visión de las mujeres como reproductoras y de los hombres no.
- El tercer significado que envuelve al concepto de reproducción es que, a través de la misma, se produce la reproducción social o sistémica, es decir, se transmite y se da continuidad a una determinada dinámica social con sus valores, su organización social del parentesco, económica y de cualquier tipo.

Aunque se podría pensar que el interés de las personas que inician un embarazo o de las personas que conforman la atención sanitaria se centra exclusivamente en el primer significado que hemos descrito, encontramos sin embargo que durante este proceso se transmiten pautas, discursos y prácticas que nos hablan de las interrelaciones con los otros. De tal forma que a través de un proceso individual, en cuanto a que sucede en el cuerpo de una mujer, se da cuenta de un asunto social, donde entran en juego la reproducción de un grupo humano y los significados asociados a su pertenencia al mismo. Por tanto, la reproducción no sólo es un puente entre lo biológico y lo cultural, sino que además articula inevitablemente los roles de género –directamente lo concerniente a la feminidad y maternidad– dentro de un sistema ideológico y sociopolítico (Browner y Sargent, 1990:219).

Esta visión permite a Ginsburg y Rapp (1995:3–4) hablar de “reproducción estratificada”, pues se reproduce un orden social basado en jerarquías que perpetua las desigualdades sociales de clase social, etnia, edad y género, entre otras. De este modo, se promueve la reproducción de algunas mujeres y no de otras, de algunos grupos sociales y no de otros, con el fin de contribuir a su mantenimiento. Es decir, unos grupos sociales tienen más posibilidades para reproducirse y otros no. Esto ha conducido a que en diferentes etnografías se mostrasen las diferencias tanto en la cobertura sanitaria como en el acceso a estos servicios, en las posibilidades de cuidado, en el uso de la tecnología y de las prestaciones sanitarias durante el epp según la clase social y la procedencia extranjera (Martin, 1987:155).

Así, en el concepto de reproducción estratificada se pretende hacer visible que la reproducción es un trabajo que realizan las mujeres, un trabajo articulado y a través del

cual se pone de manifiesto la estructura y organización social dada. Se potencia la tarea de desnaturalizar el vínculo de la reproducción con las mujeres y el carácter desprovisto de trabajo que supone la reproducción (Tabet, 1985:121). Y se incluye, además, el “control” que ha existido sobre la reproducción y las mujeres, pues están en juego las condiciones de existencia y de organización del grupo.

Por otra parte, en algunas etnografías, como la realizada por Michelle Sadler (2003), que articula las aproximaciones anteriormente descritas para realizar un análisis de género de la atención al parto hospitalario en Chile. Se pone de manifiesto que la institución sanitaria y sus profesionales son los principales actores que socializan toda una serie de comportamientos esperados durante este proceso (2003). Dicha socialización, tanto de la mujer gestante, parturienta y madre, como del hombre y de la relación entre ambos –siempre en relación con el sexo de la criatura aún por nacer–; se les pide que aprendan, interioricen y pongan en práctica sus nuevos roles sociales, al tiempo que aseguren el bienestar de la criatura dentro de un determinado orden social de género, que hoy pide la participación de los hombres en la crianza y el cuidado. De modo que, consciente o inconscientemente, en las prácticas biomédicas se inscriben, se graban “a fuego” ciertas y bien concretas determinadas ideologías de género.

Lo que se refiere al Estado Español, una revisión y estado general de la cuestión sobre las publicaciones en torno a antropología, salud y género puede encontrarse en Esteban (2006). Algunas de las referencias incluidas sin duda son especialmente relevantes para esta investigación, como la tesis doctoral de Esteban (1992) sobre las actitudes y percepciones de las mujeres respecto a su salud reproductiva y sexual, estudio que parte de un análisis de los Centros de Planificación Familiar y cómo a través de los mismos se promovió que las mujeres tuvieran el control sobre sus procesos reproductivos. En consonancia con estos análisis, la tesis de Bodoque (1996) se centra en uno de estos centros y muestra de manera detallada los discursos y las prácticas en él existentes, tanto en relación con las mujeres como con las profesionales, sobre sexualidad y reproducción.

Específicamente dedicado a la asistencia al nacimiento y a las tensiones existentes entre las diferentes concepciones del embarazo y parto entre las comadronas, las obstetras y las mujeres, se sitúa la tesis de Montes (2007). Y, por último, también de interés para nuestra investigación es la tesis de Elixabete Imaz (2008) sobre los cambios en la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas, en la que también se advierten los conflictos a la hora de desvincular la reproducción de la vida de las mujeres, y que

muestra diferentes formas de control sobre los cuerpos gestantes, incluido el nivel sanitario.

2.1.3. Participación de los hombres en el epp

Esta línea de trabajo se justifica de diferentes maneras que se pueden ir advirtiendo en los principales llamamientos que se han ido gestando al respecto.

A nivel internacional, en 1994 encontramos que en el texto final de la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo, al enunciarse los derechos sexuales y reproductivos, se reseña la necesidad de desarrollar estrategias para la participación de los hombres en el epp en los siguientes términos:

“El hombre desempeña un papel clave en el logro de la igualdad de los sexos, puesto que en la mayoría de las sociedades, ejerce un poder preponderante en casi todas las esferas de la vida, que van de las decisiones personales respecto al tamaño de la familia, hasta las decisiones sobre política y programas públicos a todos los niveles. Es fundamental mejorar la comunicación entre hombres y mujeres en lo que respecta a las cuestiones relativas a la sexualidad y a la salud reproductiva, y la comprensión de sus responsabilidades conjuntas, de forma que unos y otras colaboren por igual en la vida pública y privada” (Párrafo 4.24, Programa de Acción de la Conferencia Internacional para el Desarrollo, 1994).

El año siguiente, en la declaración final de IV Conferencia Internacional de las Mujeres de Pekín, se matiza que los hombres siempre han tenido un rol en la sexualidad y la reproducción, pero sus derechos se han visto limitados porque, aunque han podido disfrutar de un vida sexual más acorde con sus deseos, ésta ha sido con riesgos y han tenido poco acceso a servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a sus valores y necesidades, pues estaban más enfocados hacia las mujeres. Como se constata en la mayoría de programas y servicios, que bien forman parte de los programas de la mujer o bien se dirigen a las mismas como los servicios de ginecología y de matronas.

Dichas ideas se encuentran en consonancia con las expuestas en otros documentos internacionales, como UNICEF, en los que se hace referencia a la desresponsabilización de los hombres en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, y se cuestiona esta división sexual que *“afecta tanto a hombres como mujeres, ya que limita las oportunidades de los varones de participar en la vida familiar y la crianza de los hijos y disminuye los beneficios de salud y comunicación de la mujer”* (1998:52). Desde un planteamiento de equidad, deben distribuirse las responsabilidades y deberes referidos a la sexualidad y a la reproducción, pues ello tendría ventajas para ambos sexos.

A nivel nacional, encontramos también afirmaciones en este sentido en la Ley de Igualdad de 2007, donde se alude a la participación de los hombres en las tareas reproductivas del siguiente modo: *“El establecimiento de medidas que aseguren la conciliación del trabajo y de la vida personal y familiar de las mujeres y los hombres, así como el fomento de la corresponsabilidad en las labores domésticas y en la atención a la familia”* (apartado octavo, artículo 14). Para paliar la desigualdad que supone la falta de participación masculina en estos procesos, esta Ley establece la baja por paternidad para los hombres en el área de igualdad y conciliación, como vemos: *“Para contribuir a un reparto más equilibrado de las responsabilidades familiares, se reconoce a los padres el derecho a un permiso y una prestación por paternidad, en los términos previstos en la normativa laboral y de Seguridad Social”* (apartado tercero, artículo 44). Con esta medida se pretende promover la igualdad y la participación de los hombres de una manera real, eliminando algunas de las barreras referidas a su participación en el nacimiento.

Por otro lado, el Plan Estratégico Nacional de Igualdad de Oportunidades (2008–2011) enfatiza la necesidad de corresponsabilizar a los hombres para superar la división sexual del trabajo. En el eje tres, que se titula *“Corresponsabilidad”*, se incluye el fomento de los permisos de paternidad y la implicación de los mismos en los programas de maternidad/paternidad para que compartan el cuidado de sus hijos e hijas.

En otros documentos que guían la asistencia como por ejemplo la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio, encontramos que sus premisas están dirigidas conjuntamente a la mujer y a su pareja, dando por sentado que no es sólo un proceso correspondiente a las mujeres sino también, precisamente, a sus parejas, de modo que éstas deben ser también las destinatarias de la atención. Esta equiparación también se produce cuando se habla de madres y padres, que se visibilizan con igual importancia en relación a todo lo concerniente a la criatura. Al explicar la importancia de la perspectiva de género, se reconoce que el papel de la pareja ha estado descuidado en el ámbito sanitario y se remarca su participación *“para facilitar el desarrollo de los derechos y responsabilidades de los padres”* (2008:22). Así, el papel de los hombres queda inscrito no sólo como un derecho sino también como un deber, criticando aquellas iniciativas que consideraban su papel como un mero apoyo que deja esta responsabilidad sobre la madre (2008:16).

En los discursos sobre el enfoque fisiológico, que presentaremos más adelante en detalle, también se señala la importancia de la incorporación del padre en el epp, algo que se justifica por el bienestar de la criatura, bajo su condición de progenitor y padre.

De esta forma, es la biología la que sigue creando la condición de padre y no el ejercicio de la paternidad. Asimismo, se obvian entonces todos los casos en los que los padres biológicos no son los que ejercen la paternidad o que determinadas paternidades son más perjudiciales que no tener padre. Y, por último, se refuerza la díada heterosexual en el nacimiento, excluyendo otras formas de filiación no basadas en la consaguinidad (Pichardo, 2008: 227–255).

Otros grupos que han impulsado estos discursos han sido el movimiento de Hombres por la Igualdad²⁵, grupo que señala que, aunque existan diferencias biológicas y el cuerpo embarazado sea el de la mujer, el hombre es a su vez responsable del embarazo, de forma que su participación se amplía más allá de la crianza y el cuidado de las y los hijos²⁶. Esto se visibiliza por ejemplo a través de afirmaciones del tipo “*las mujeres se embarazan por los hombres*” (Lozoya, 2000). Esto implica que los hombres deben asumir las consecuencias de sus actos aunque se den en otro cuerpo, por lo que habría que desmontar, por un lado, las diferencias socioculturales tradicionales de género, que impiden nuevas formas de masculinidad centradas en los cuidados, la responsabilidad, la expresión de sentimientos y la igualdad en la pareja, y que mantienen la división sexual del trabajo, como, por otro lado, las relaciones de poder y los privilegios de que disponen los hombres, encargados de sustentar su no implicación en este área y la delegación en las mujeres, reproduciendo la desigualdad.

A partir del año 2007 se creó la Plataforma por los Permisos Iguales e Intransferibles de Nacimiento y Adopción²⁷, formada por grupos de mujeres feministas que reclamaban que las bajas por maternidad y paternidad se den en igualdad de condiciones para hombres y mujeres. La situación actual es que las mujeres tienen derecho a 16 semanas y los hombres a 15 días. Aunque el permiso de maternidad puede ser transferido a los hombres a partir de las cuatro semanas, no existe un permiso igual en tiempo, exclusivo e intransferible de los hombres. Su reclamo se apoya en que esta desigualdad entre los permisos de maternidad y paternidad refleja la concepción de que son las mujeres las que deben ocuparse prioritariamente del cuidado. Utilizan las consignas “*¡No privemos a los bebés del cuidado de sus papás!*” “*¡Derechos iguales, permisos iguales!*” para recordar el derecho de las criaturas al cuidado de ambos y los beneficios que esto

²⁵ Este movimiento es diferente de otros protagonizados por hombres que reclaman la paternidad en relación a las custodias compartidas, sobre los que Raquel Osborne advierte que “*de una parte, como deseosos de colaborar, con una retórica de igualdad entre los sexos y como una encarnación de nuevos roles, y de otra es vindicativo en grado sumo frente a las mujeres y lo que siente como una enorme merma de sus derechos, como su crepúsculo*” (2004:270).

²⁶ Información sobre la historia de estos grupos de hombres por la igualdad, sus planteamientos sobre la paternidad, la masculinidad, la salud sexual y reproductiva, puede ser consultada en www.hombresporlaigualdad.com

²⁷ Su página web es: www.igualeseintransferibles.com

supondría para los niños y niñas. No obstante, aparecen planteamientos en contra procedentes de otros grupos de mujeres que reclaman que la prioridad sea aumentar los permisos de maternidad a 6 meses para garantizar la lactancia materna como recomienda la OMS.

El papel de los padres en la paternidad comienza a incorporarse en investigaciones como por ejemplo en antropología en los estudios sobre las técnicas de reproducción asistida (Esteban, 2006:34–36). Y en Salud Pública destaca el estudio de Gracia Maroto y su equipo, realizada con parejas que se autodefinen como igualitarias, de clases sociales medias y altas, en la provincia de Granada, analizando cómo habían participado en el epp (2005).

En todos estos discursos se aprecian dos posiciones claras. La primera de ellas parte de la ausencia de los hombres en este proceso de epp, y la segunda recuerda que los hombres han estado presentes, aunque de forma diferente pues se trata de la pareja y del progenitor. En ambas posiciones se entremezclan los argumentos que justifican su presencia, porque históricamente la atención y gestión de estos procesos ha sido realizado por mujeres, sin permitirles en diferentes sociedades y grupos su entrada – como en la salud sexual y reproductiva–, y porque se han dedicado exclusivamente a las actividades denominadas productivas.

Recoger los argumentos que se esgrimen y cómo se está promoviendo la participación de los hombres en nuestro contexto de estudio, nos permite contrastar si este deseo social general sobre la participación de los hombres en el epp va más allá de estas declaraciones y mantiene correspondencia con los discursos y con las prácticas de los sujetos, tanto de profesionales como mujeres y de los propios hombres.

Asimismo, el hincapié habría que hacerlo en el análisis de si ubican esta participación masculina en la responsabilización o en la corresponsabilización, y si se promueven posicionamientos centrados en la complementariedad de los hombres y las mujeres o en la equidad.

2.2. SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA Y EL MODELO BIOMÉDICO

Para atender a los procesos de salud y enfermedad existen diferentes sistemas sanitarios que cada sociedad o grupo social ha ido definiendo a lo largo de su historia, en el marco de unas determinadas y bien concretas condiciones sociales y políticas. El sistema sanitario occidental se ha configurado a partir de un modelo médico particular: el de la biomedicina.

La explicación de algunas características de este modelo nos permite comprender cómo está organizada la atención a cualquier proceso de salud y enfermedad y, por tanto, al epp. Además de este modelo concreto, la red asistencial se estructura de acuerdo a una lógica productivista, que se aplica en las formas de entender y atender los procesos de salud y enfermedad, lo que permite explicar ciertas prácticas y tensiones que surgen, en nuestra investigación, en relación al epp.

Aclarar no obstante que, si bien a lo largo de este apartado se realiza alguna mención específica al proceso del epp, todas las aportaciones que se describen remiten en líneas generales a la atención sanitaria a cualquier proceso de salud y enfermedad.

2.2.1. El modelo biomédico

Como decíamos, el modelo sobre el que se ha configurado la atención sanitaria en España supone un sistema sanitario particular, en palabras de Eduardo Menéndez, éste modelo médico hegemónico se caracteriza por su *“biologicismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática”* (en Comelles y Martínez, 1993:87).

El desarrollo de la biomedicina ha promovido la medicalización y, en sentido inverso, el proceso de medicalización también ha contribuido a la hegemonía de este modelo, operándose una relación simbiótica entre ambos procesos (Menéndez, 1978:11-53). Según Comelles y Martínez (1993:8,48), el proceso de medicalización ha conducido a la hegemonía del modelo biomédico occidental en la gestión del conjunto de actividades relativas a la salud, la enfermedad, las prácticas de atención a la misma y su monopolio (Zola, 1973; Illich, 1984; Castel, 1986). Por otra parte, la medicalización puede entenderse de una forma más concreta en la utilización de diferentes prácticas, como por ejemplo el uso de medicación y tecnologías en todos los procesos de salud y enfermedad, frente a otro tipo de saberes, sistemas sanitarios, profesionales e intervenciones para atender estos procesos, como por ejemplo las medicinas tradicionales, alternativas, autocuidado y autogestión (Haro, 2000:106).

Desde una perspectiva biopolítica, el Estado actúa a través de la medicina como institución con reconocimiento y poder de intervención sobre los cuerpos (Foucault, 1990:97,106). En las sociedades occidentales, la medicalización se inicia en el siglo XIX con el avance de la medicina como grupo profesional y se asienta después de la Segunda Guerra Mundial, excluyendo prácticamente otras alternativas terapéuticas (Foucault, 1990:97,106). Se brinda legitimidad y prestigio a este sistema sanitario frente

a otros, de modo que dicha consigna es asimilada por la población usuaria de los mismos (Menéndez, 2004:17). Mientras tanto, en diversos contextos culturales, las medicinas autóctonas han pervivido junto al discurso médico transportado desde Occidente.

La medicalización de la vida y la salud de las mujeres presenta sus propias particularidades, ya que regula ciertos procesos de la vida de las mujeres y de su ciclo vital definiendo qué es enfermedad y qué no, de forma que describe, por un lado, como anómalo y patológico lo que les sucede a las mujeres y, a partir de ahí, las coloca en una situación de incapacidad para sus cuidados, haciéndolas dependientes de los saberes –y por tanto del control– de los expertos (Juan, 1991:44; Esteban, 1992:44; 2001:35; Ortiz, 2006:69-72). Además, están más expuestas, porque generalmente utilizan con mayor frecuencia los servicios sanitarios cuando están sanas en relación a su ciclo reproductivo. Todo esto se vincula con algunas ideas tratadas en el anterior apartado sobre la visión androcéntrica y sexista hegemónica en la biomedicina, que permite así, precisamente, el “control” sobre la salud de las mujeres y de la reproducción. La medicalización, al darse en un contexto de relaciones de género desiguales como el nuestro, las refuerza y consolida, situando a las mujeres en una posición de dependencia y subordinación.

La antropología médica ha profundizado en las características del modelo biomédico, a través de lo que se han denominado las “presunciones de científicidad”, con el objetivo de señalar su carácter de construcción sociocultural, y que han sido recogidas por Martínez (1996:374): la definición de enfermedad como desviación de una norma biológica; la doctrina de que existe una etiología específica de las enfermedades; la noción de que las enfermedades son universales; la idea de neutralidad de la teoría y práctica biomédicas; la dicotomía mente/cuerpo; la autonomía de la biología de la conciencia humana; el atomismo anatómico; la independencia de lo natural frente a lo social; el biologicismo, el mecanicismo, la a–socialidad, la a–historicidad y la eficacia pragmática²⁸.

De todas estas presunciones destacamos y analizamos cinco para el estudio de la atención sanitaria al epp, que son: la definición de los procesos de salud y enfermedad como desviaciones de una norma biológica, la noción de las enfermedades como

²⁸ Menéndez (1978), Arthur Kleinman (1994) y Armando Haro (2000) subrayan otras características como la falsa neutralidad ética/ideológica que rechaza el papel epistemológico (de conocimiento) de las emociones y de la subjetividad, la atomización y hegemonización de los individuos, la descalificación del paciente como portador de saberes equivocados, la relación asimétrica sanitario/paciente, la visión de la enfermedad como algo descontextualizado, la falta estructural de la prevención y la mercantilización.

procesos universales, la presunta neutralidad de la teoría y práctica biomédicas, la legitimación de la tecnología y el saber de los expertos.

2.2.1.1. Las enfermedades como desviación de una norma biológica

La biomedicina define las enfermedades a partir de la aparición de una serie de signos y síntomas que reflejan una disfunción biológica, algo que nos remite a la dimensión de “disease” que señalan los estudios antropológicos²⁹. Estos signos son cuantificados, situándose unos rangos en los que se establece la normalidad y la anormalidad y que guían al profesional en la definición de qué es y qué no es, en efecto, enfermedad. Los valores de normalidad y anormalidad se deciden a partir de un cálculo estadístico en base a medidas de estudios realizados en diferentes poblaciones. Martínez (2008:77) y Nancy Scheper Hughes (2000:271) nos invitan en sus estudios a preguntarnos cuáles son las razones para seleccionar unos datos frente a otros, y qué significa “normalidad” y para quién.

Los estudios sobre los que se asientan estos datos pueden ser numerosos o escasos, a veces recientes y otras no, realizados en España o en otras sociedades occidentales o, por el contrario, en sociedades lejanas geográfica y socioculturalmente. Richard Lewontin, Steven Rose y Leon Kamin (1984:29–52) señalan cómo la mayoría de estos estudios se basan en mediciones realizadas con población masculina, blanca y de clase media alta, sin recoger las diferencias ni intragrupalas (no todos los hombres blancos y de clase media son iguales), ni intergrupales, ni las diferencias con respecto a las mujeres. Sobre estas muestras sesgadas se hacen extrapolaciones a todas las personas de la población, sin tenerse en cuenta las especificidades de cada contexto y, en el caso español, entre otras cuestiones, los cambios en los estilos de vida de la población, del envejecimiento o del incremento de población extranjera, para ver si a partir de estas diferencias siguen siendo válidas las valoraciones de referencia³⁰. Al expresarse, entonces, estos valores como normales, todo lo que se salga de ese rango se clasifica como anormal o de riesgo. Esto supone que puede haber alteraciones que cursen con normalidad y no sean detectadas o, por el contrario, valores clasificados como anormales que no se conviertan en problemas y que sean objeto de múltiples controles.

²⁹ Horacio Fabrega establece en los años 70 que se puede distinguir dos dimensiones de la enfermedad: “disease” que corresponde en castellano a la idea de la enfermedad biológica, e “illness”, cuyo sentido se aproxima a la noción de padecimiento. Young ofrece una nueva dimensión, “sickness”, para integrar los aspectos sociales en la definición de las enfermedades (en Comelles y Martínez, 1993:54,58).

³⁰ Se suelen marcar los valores normales y valores de referencia en función de la moda estadística, lo que implica una interpretación de la realidad que responde no a criterios de salud y enfermedad, sino que viene marcada por los laboratorios farmacéuticos, que fijan estos valores según las poblaciones de sus estudios, que pretenden abarcar y dejar representada la población que atienden.

La biomedicina consagra a la estadística el saber sobre la población, y la estadística se presenta como una ciencia exacta, objetiva y neutral, cuando realiza también un proceso de construcción de la realidad. Como señala Ulrich Beck (2000:215), se lleva a cabo una moralidad matemática en base a estos valores que miden diferentes aspectos de la vida de las personas con vistas a que el saber profesional –cuyo rol se convierte más en una interpretación numérica de datos estadísticos que de signos y síntomas– defina cuándo las personas se hallan en situaciones de salud o enfermedad³¹.

Aunque la biología aparece como el eje central para percibir e interpretar los procesos de salud y enfermedad, la OMS reconoció en su conocida definición que existen otras dimensiones, como la psicológica y la social. Estos tres niveles no son reconocidos y estudiados con la misma importancia, sino que se construye una jerarquía en cuya base estarían los procesos biológicos, por encima los procesos psicológicos en una relación de dependencia y, posteriormente, las relaciones y las representaciones sociales. Se crea pues una ilusión de independencia de lo biológico con respecto a la psicología y a las relaciones sociales, y una dependencia de estos dos órdenes, que quedan en un lugar periférico en su causalidad e influencia en los procesos de salud y enfermedad (Martínez, 2008:47–48).

Vemos pues que los aspectos biológicos se presentan como si fueran realidades naturales e independientes de los sujetos, de sus historias y de los contextos sociales en que aparecen. Por ello Martínez (2008:175–184) afirma que el modelo biomédico es monológico ya que se sólo toma en cuenta una dimensión –la biológica– en la configuración de la salud y la enfermedad³².

Este proceso de construcción sociocultural según el cual se definió qué es –y por tanto qué no es– una enfermedad, un problema, una alteración o un riesgo en base a los conocimientos de la cultura biomédica se aplica también al epp. Así, en el embarazo se toman determinados aspectos biológicos como referencia para valorar su evolución y la presencia, o no, de enfermedad. Estos suelen ser fundamentalmente el peso, la tensión arterial, los valores analíticos sanguíneos –como las hormonas o la glucemia (azúcar)–, la frecuencia cardíaca fetal, el tamaño del feto y el crecimiento. En el parto, principalmente, las contracciones uterinas y su ritmo, la tensión arterial, la temperatura y la frecuencia cardíaca de la madre y la frecuencia cardíaca de la criatura, así como

³¹ Byron Good estudia las prácticas y estrategias que tienen lugar en las facultades de medicina para la formación en esta formulación e interpretación de los procesos de salud y enfermedad centrada en la epidemiología y alejada de las experiencias de los sujetos (2003:307–323).

³² Este modelo monológico queda descrito además de por la unidimensionalidad, unidireccionalidad –intervenir desde los expertos sanitarios– por la jerarquía –las relaciones de poder entre los expertos con la población atendida–.

también el test de Apgar³³. Durante el puerperio aparecen nuevamente los valores analíticos, la tensión arterial y la temperatura.

En el epp son estos datos biológicos los que se tienen en cuenta para definir el bienestar de las mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y sus criaturas, y no otros como los dolores, molestias o vómitos que podemos entender también como signos biológicos. Por no hablar de otros datos socioculturales que no se tienen en absoluto en cuenta, como la situación y las condiciones laborales, la sobrecarga del cuidado de otras personas como hijos e hijas previos, la existencia o no de redes de apoyo social, u otros datos que puede aportar la mujer como sus propias percepciones sobre su salud y los factores que influyen en ella. La biología, entendida además de una manera concreta, se legitima así como la única área que determina la salud y la enfermedad de las personas, especialmente aquellos datos de la biología que resultan cuantificables.

Asimismo se piensa el cuerpo como una máquina que se puede separar en piezas (Martin, 1987:87), lo que implica, en relación al epp, separar lo que ocurre en los cuerpos de las mujeres de unas biografías, unas experiencias y unas condiciones de vida concretas. Se da así una “desobjetivación” (Tubert, 2001:10) y las propias mujeres hablan de sus órganos, de su útero por ejemplo, en tercera persona, dejando de ser sujetos de sus propios cuerpos, como les ha enseñado la mirada médica. Al mismo tiempo se da una “desocialización”, es decir, una separación de los contextos sociales donde se insertan, con unas representaciones culturales, unas relaciones sociales y unos procesos sociopolíticos que rompen con la supuesta universalidad del ser humano en general, o de las mujeres en particular. Se dejan de lado también las emociones que acompañan y han sido estructuradas socialmente para vivir el epp, que sí han sido estudiadas en algunas etnografías como las de Michaelson (1988), Cominsky (1977) y Kitzinger (1962).

De este modo, el epp se piensa como un proceso exclusivamente biológico, natural y al margen de la vida, la cultura y las personas que lo viven. Es más, en ocasiones se asocian estos procesos con el mundo animal, para señalar la fuerza de lo biológico en la evolución de los seres vivos, que sigue inalterable. Naturalizar este proceso, primando sus aspectos biológicos, impide explorar la particularidad que se produce en cada mujer, sin hacer un reconocimiento de la diversidad. Todo ello nos conduce a la siguiente característica de este modelo, la universalización, que pasamos a analizar.

³³ Dicho test fue creado por Virginia Apgar para la primera valoración de la criatura tras el nacimiento, con el objeto de ver cómo se ha adaptado. Se basa en el estudio de cinco parámetros, que se puntúan de 0 a 2: color de la piel, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, reflejos y tono muscular, siendo el máximo puntaje de 10. Se realizan dos valoraciones, la primera al primer minuto del nacimiento y la segunda a los 5 minutos.

2.2.1.2. Las enfermedades como procesos universales

Universalidad: eso es lo que la biomedicina pretende para sí, abarcar a todos los seres humanos, de modo que sus conocimientos sobre la salud y la enfermedad sirvan para ser aplicados a todas las personas y en todos los lugares del mundo (Esteban, 2007:72–73). Esta presunción parte de lo que hemos explicado en el punto anterior, pues la biología se concibe como idéntica en todos los seres humanos, sin diferencias entre hombres y mujeres, ni al interior de estos grupos. Según Kleinman (1994), dichas premisas se corresponden con el paradigma evolucionista positivista, comprendido como método unitario de conocimiento con pretensiones universales y ortodoxas, intolerante con otros saberes de carácter holístico, vitalistas, plurales o dialécticos.

La universalización de las enfermedades y de la salud conduce a la uniformización de las mujeres en los análisis y en las actuaciones biomédicas (Esteban, 1996:159). Se deja de lado la variabilidad producida por *“las diferentes clases de diferencias existentes en la vida social humana –género, clase, raza, cultura, historia– que siempre se construyen y se experimentan y se canalizan conjuntamente”* (Moore, 1991:227). Además, cada sociedad produce distintas formas de corporeidad, de subjetividad y de lenguaje para referirse a las diversas manifestaciones y experiencias corporales (Esteban, 2001:11,32). Frente a esta diversidad, lo habitual en el ámbito biomédico ha sido repetir las mismas pautas a toda la población, invisibilizar las diferencias y homogeneizar al grupo al que se atiende, por ejemplo hablando en singular de *“la mujer”* frente a *“las mujeres”*. Así, como señala Petchesky (1990:396), se ignoran las diferencias de poder y recursos entre las mujeres y, cuando se reconocen estas diferencias, se naturalizan como si fueran realidades externas al abordaje sanitario y, siguiendo esta lógica, se impide establecer unos mínimos comunes para todas las mujeres.

Todo esto refuerza por otra parte, la universalización, la naturalización, ya que se sitúa la diferencia de las mujeres en su especificidad sexual y reproductiva, como si todo lo que ocurre se relacionara con este área de su salud³⁴. En la medida en que se presentan todos los procesos de epp como iguales, y como iguales en todo el mundo, eso hace que se pueda considerar, claro, como *“lo natural”*. Esta característica se visualiza especialmente en aspectos como la maternidad y la menopausia (Esteban, 1996:144), que se presentan como normales y asociados a sus ciclos vitales. Analicemos ahora la presunta neutralidad de la biomedicina.

³⁴ Ehrenreich comenta que en las mujeres se da una *“dictadura de los ovarios”* ya que se supone que lo que les pasa se explica en relación con su especificidad biológica y requiere de la vigilancia por expertos ginecólogos (1990:139). Mercedes Fuentes i Pujol se pregunta por qué las mujeres, ante cualquier cuestión referida a su salud, son derivadas primero a ginecología mientras los hombres no son derivados a urología (2001:229).

2.2.1.3. La presunta neutralidad de la biomedicina

Los conocimientos biomédicos basados en la ciencia –que se entiende como objetiva y neutral– obvian los factores sociales, económicos, políticos y culturales que influyen en la construcción de sus saberes. El hecho de que sus conocimientos se consideren objetivos, sin ideologías ni interpretaciones socioculturales, ha sido puesto en cuestión por autores como Bruno Latour (1995:21–51), quien realiza una crítica a la ciencia positivista al analizar la construcción social de los hechos científicos.

Parte de la práctica sanitaria –incluyendo sus protocolos y normas– ha sido establecida en un momento histórico concreto, a partir del conocimiento disponible en ese momento y de unas determinadas circunstancias sociopolíticas; por tanto, el conocimiento siempre está “situado” (Haraway, 1995:324). Así, en relación a la atención al parto, aparecen guías y protocolos que describen cómo ciertas actividades que se venían realizando hasta ahora no están justificadas. Por ejemplo, estas prácticas se repetían más por costumbre que porque hubieran sido estudiadas, lo cual no significa que en ese tiempo la asistencia obstétrica no estuviera basada en la ciencia, sino que los conocimientos se van construyendo y renovando en relación a diferentes hechos.

Por otro lado, la práctica y la investigación biomédica se encuentran sujetas a unos contextos sociohistóricos, donde existen prioridades y personas concretas que atienden e interpretan los conocimientos biomédicos. El personal entiende los conocimientos desde unas coordenadas socioculturales e ideológicas, e interviene seleccionando las informaciones que ha recibido, que transmite y que utiliza para su práctica (Davis–Floyd, 2001:13). Se asume que sus pautas son neutrales y objetivas, y que su propia persona es ajena a las mismas. Su rol se limitaría a aplicar los conocimientos científicos que ha aprendido y le han sido transmitidos, sin variaciones, y se obvian las relaciones de poder, personales, sociales y culturales que se dan en el encuentro con sus pacientes. Esta idea es desarrollada por Martínez (2008:175–184), cuando por ejemplo presenta la unidireccionalidad del modelo monológico de la práctica sanitaria, en el que hay una única dirección y sentido entre los expertos y la población, cuya relación ha sido siempre desde lo masculino a lo femenino, reforzando por tanto las desigualdades de género.

Tal presunta objetividad y neutralidad de la ciencia no permite advertir las consecuencias negativas del modelo biomédico. Iván Illich (1984:15–17) habla de los efectos iatrogénicos de la ciencia y de la medicina. Sus propuestas señalan que la

práctica sanitaria interviene en la realidad y produce efectos, tanto positivos como negativos, tanto por conocimiento o habilidad –dentro de su fundamento racional– como por desconocimiento o creencia.

Actualmente, dentro de la biomedicina encontramos voces críticas con este planteamiento de neutralidad y objetividad de la ciencia, voces que se alzan para señalar por ejemplo el sobreintervencionismo médico (Gervás y Pérez, 2006:66–67), la medicalización de la vida y las consecuencias negativas de estas prácticas³⁵. La legitimación de la tecnología es otro de los aspectos esenciales en esta crítica, y pasamos pues a abordarla en el apartado que sigue.

2.2.1.4. La legitimación de la tecnología

Una de las primeras etnografías de comparación transcultural de los sistemas de parto en diferentes sociedades como Suecia, Holanda, Guatemala y Estados Unidos fue llevada a cabo por Brigitte Jordan (1993 [1978]:48–75). Los elementos que describe para el estudio de los sistemas de parto, y que han servido como referencia para los siguientes estudios antropológicos, son: la definición cultural del parto, la preparación para el parto, los participantes y el sistema de apoyo, el territorio del parto, el manejo del dolor, la medicación y la tecnología. Éste último, por ejemplo, es uno de los que mejor muestra el poder y el dominio biomédico sobre el epp. La historia del epp –como abordamos en el anterior capítulo– nos señala cómo a través de la intervención de los médicos en los partos se inició el uso de los primeros instrumentos técnicos, tales como los fórceps o el cloroformo (Narotzky, 1995:54–61), y cómo la integración de tecnologías sanitarias³⁶ ha ido cobrando cada vez más importancia en el manejo de la reproducción (Oakley, 1984:2–3), convirtiéndose no sólo en un instrumento de uso biomédico sino también en instrumento social, político y económico (Ginsburg y Rapp, 1995:5).

³⁵ Desde la agencias de evaluación de los servicios sanitarios se están revisando, por ejemplo, las intervenciones sanitarias. Soledad Márquez-Calderón reflexiona sobre cómo parte de las tareas preventivas puestas en marcha no han sido evaluadas, por lo que no hay un conocimiento sobre sus efectos, tanto positivos como negativos. Destaca que poner de manifiesto “los efectos iatrogénicos individuales de las intervenciones preventivas (es decir, los efectos adversos relacionados directamente con el uso de una medida preventiva en una persona concreta) es necesario, pero no suficiente. Por ello, se tratarán también algunos aspectos relacionados con otros efectos negativos que son más intangibles y de carácter más social. Estos últimos tienen que ver con la aceptación acrítica del más vale prevenir” (2008:207).

³⁶ Partimos de la definición de tecnología sanitaria como cualquier método utilizado para tratar enfermedades y mejorar la salud, donde además de nuevos medicamentos o piezas de equipos sanitarios sofisticados, se incluyen otras como por ejemplo los protocolos y programas de cribado (definición recomendada por el NHS Health Technology Assessment Programme en el Reino Unido (www.hta.nhsweb.nhs.uk/aboutHTA.htm)). Queda abierta la reflexión sobre las implicaciones que conlleva denominar tecnologías a las actuaciones sanitarias como si fueran técnicas.

Se han descrito tres modelos en la atención al parto: el tecnocrático, el humanista y el holista (Davis–Floyd, 2001:5–23). El modelo en que se basa la asistencia obstétrica occidental es el tecnocrático, caracterizado por la prevalencia de la ciencia, la alta tecnología, la productividad económica y el gobierno de instituciones patriarcales o androcéntricas como la medicina y la ginecología –tal y como hemos apuntado anteriormente (2.1.2.2.)–. Sus prácticas se han fundamentado en razones culturales más que en la evidencia científica, que de acuerdo a Rothman serían el positivismo, el capitalismo y la tecnología (1989:26–28).

Este modelo, que enmarca pues las prácticas en la actualidad, prioriza la realización de pruebas y las intervenciones médicas como garantía del buen hacer de la biomedicina. Hoy en día lo que cobra relevancia es el dato producido por las pruebas técnicas, como ecografías o analíticas, que es lo real frente a la práctica sanitaria tradicional, basada en la clínica, la observación del paciente y la entrevista para recoger el padecimiento del sujeto –aspectos denostados por un enfoque tecnológico–. Al personal sanitario se le adiestra, desde su formación universitaria, para el manejo e interpretación de estos datos frente a la relación y observación de la paciente. Good (2003:36) describe cómo al creerse que la verdadera patología se revela a través de los hallazgos físicos, resultados de laboratorio y de los productos visuales de la imagen, el comportamiento racional biomédico se orienta en relación a este conocimiento objetivo³⁷.

La serie de tecnologías referidas –más en concreto, las ecografías y amniocentesis durante el embarazo–, se están moldeando bajo un marco que, siempre aparentemente, promueve la elección de las mujeres, pero que finalmente reproduce su subordinación, ya que implican un refuerzo de la medicalización de sus vidas, además de enfatizar una visión de la salud de las mujeres como patológica, hecho que da lugar a la biointervención y convierten en víctimas de problemas y enfermedades a las criaturas antes de nacer (Corea, 1987:12–25).

Sirven pues a menudo dichas tecnologías más a intereses socioeconómicos de unos grupos que a las propias mujeres, ya que acaban prescindiendo de su subjetividad, de su bienestar y de su protagonismo (Press y Browner, 1997:980–981; González de Chávez, 2001:24). Y todo ello aunque sean las propias mujeres las que las demanden por lo que puede implicar tener una criatura con discapacidad y por la tranquilidad que aportan (Press et al., 1996:52–53). El saber de los expertos es, finalmente, el último eslabón que analizamos del modelo biomédico hegemónico.

³⁷ Actualmente, las visiones más críticas dentro del modelo biomédico están cuestionando una atención centrada en la tecnología más que en el paciente (Peiro, 2003:285-289).

2.2.1.5. *El saber de los expertos*

Nancy Stoller (1974:131–142) estudió la atención al parto en EEUU y describió los elementos que permiten el control biomédico, que ya hemos ido presentando y que en definitiva son:

- La medicalización o el monopolio médico, conseguido a través de la hegemonía del modelo biomédico en la atención al epp.
- La institucionalización de la atención en centros hospitalarios, para el ejercicio de esta función de vigilancia sobre el cuerpo femenino durante el epp.
- La especialización y fragmentación del cuidado, lo que implica una rutinización de la atención que se observa en la aplicación de los mismos protocolos, procedimientos y pruebas a todas las mujeres –denominado “uniformización” (Esteban, 2001:11,32)–.
- La confianza en la tecnología como el mejor instrumento para la valorar de este proceso, ya que como hemos visto, esta realidad se halla en relación con la necesidad de que sean aportados datos objetivos sobre la posible desviación biológica.
- El uso del poder desde el estatus médico para que las mujeres acepten y admitan todas las decisiones, un poder que es usado para defender la visión de los expertos médicos sobre el proceso, debido a que son ellos quienes tienen los conocimientos autorizados para la definición, explicación y manejo de todo lo relacionado con el epp.

La historia del control por parte del modelo biomédico del proceso reproductivo nos muestra de qué manera los saberes que tenían las mujeres sobre el epp y su salud han quedado invisibilizados en favor de la biomedicina (como vimos en el 1.1.1.).

El uso de conceptos como riesgo, desviación de la normalidad y patología, además de conducir al uso de la tecnología, convierten el epp en un asunto médico y científico alejado de los saberes y de las prácticas de las mujeres (Oakley, 1984:292; Narotzky, 1995:54–61). Son así ellas las primeras que requieren el conocimiento de otros –el personal médico–, sobre lo que les sucede en relación con su salud. Al autorizar su intervención, las mujeres pierden el control sobre el proceso del epp, lo cual refuerza más la jerarquía entre expertos y usuarias (Esteban, 2001:11).

Este sometimiento a los expertos se da de diferentes formas, y aunque a priori parece que es aceptado por todas las mujeres (McClain, 1975:50), sin embargo se advierte que existen diferentes grados de deseo de control por parte de ellas mismas, los expertos o el sistema sanitario (Lazarus, 1994:36–38). Todas estas cuestiones son abordadas en diferentes etnografías, que intentan mostrar las acciones de las mujeres para manejar

sus propios procesos y algunos de los aspectos que explican las resistencias a este control biomédico³⁸. En el contexto español, Montes (2007) muestra las historias de algunas mujeres que a partir de su propia visión de la salud, del epp y de la atención, han optado por ser atendidas por comadronas, para que les hicieran el seguimiento durante su embarazo, e incluso las ayudaran a parir en casa, como una opción alejada del control biomédico.

Irwin y Jordan (1987:319–334) proponen el uso del concepto “conocimientos autorizados” para describir que los saberes biomédicos son los únicos legitimados en la asistencia, siendo aceptados como algo natural por y para todas las partes. Y, cuando éstos son cuestionados, como presentan en su estudio a través de nueve casos de mujeres que rechazaron el tratamiento médico, se despliegan una serie de mecanismos para convencer y persuadir a las mujeres de estas elecciones y orientarlas hacia lo indicado, claro está, por los conocimientos biomédicos. Este hecho es denominado por Montes como “violencia institucional”, una violencia mediante la que el poder institucional, el de la medicina, asegura y reproduce su orden y el orden social, que es también de género. Así, indica:

“Consideramos que hacer valer para ello la situación de vulnerabilidad en que se encuentran durante el parto, y desde la que difícilmente pueden contestar, es una escena del enraizamiento de los valores que rigen el orden social actual en el que el cuerpo y su biología son utilizados para reproducir la inferioridad sistemática de las mujeres: recordándolas o reduciéndolas de algún modo a su feminidad” (2007:297).

En algunos países latinoamericanos se está utilizando el término legal de “violencia obstétrica”, que *“describe los delitos y violaciones por parte del personal de salud en contra de los derechos de una mujer embarazada que esté en trabajo de parto. Algunas de dichas violaciones incluyen la atención mecanizada, tecnicista, impersonal y masificada del parto”*. Definición a la que además habría que añadir la de violencia simbólica de Pierre Bourdieu, refiriéndose así a la violencia que *“arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas expectativas colectivas, en unas creencias socialmente inculcadas”* (2000:173).

Y así, en nombre de garantizar el bienestar de la mujer y del feto, las mujeres carecen de poder y de autonomía para decidir sobre sus propios epp. Incluyéndose en este proceso todo lo relativo a la pérdida de su protagonismo, en parte por descalificar sus conocimientos (Esteban, 1996:154), pero también por no crear condiciones para que

³⁸ Por ejemplo, Carolyn Sargent (1982) señala que entre los elementos que influyen en que las mujeres del grupo bariba (Benín, África) acudan a los sistemas médicos occidentales importados o a las parteras formadas en ellos, está el que se comparta su “cosmovisión”, que da lugar a una relación de confianza con el personal sanitario sin la cual ellas prefieren seguir pariendo de forma tradicional, a pesar de que estos centros sean accesibles tanto físicamente como en gratuidad.

ellas tomen sus decisiones, y ser sustituidas por las de un equipo de expertos, entre otros hechos que iremos apuntando. Todo este conjunto de condiciones está actualmente siendo denunciado por algunas asociaciones de mujeres y a favor del parto fisiológico, que hablan de “violencia en el nacimiento” (Leboyer, 1974) al excluir a los padres, al separar a la madre de su criatura y al imponer una serie de cuidados a las criaturas inmediatamente después del nacimiento.

2.2.2. La lógica productivista

Los significados de la lógica productivista en los procesos de salud y enfermedad han sido diversos y presentan diferentes posiciones (Martínez, 2008:148). De todos ellos sólo nos centraremos en dos que tienen especial relevancia para el epp. El primero, vinculado a la integración del valor económico en los procesos de salud, enfermedad y atención; y el segundo, relacionado con la organización productiva de la atención obstétrica.

2.2.2.1. El valor económico de la atención sanitaria

En los sistemas de bienestar público como el español, donde el Estado y sus instituciones deben ofrecer servicios a la población para atender su salud, existe una preocupación por vigilar los costes de la atención y especialmente por observar la distribución de dichos gastos en grupos poblacionales o por determinados problemas de salud y enfermedad. El gasto público español en la asistencia está principalmente compuesto por atención hospitalaria y servicios de especialista (54,46%), productos farmacéuticos (22,35%) y servicios de atención primaria (14,09%) (MSC, 2005:334).

El coste de los procesos sanitarios actualmente se valora bajo una clasificación denominada Grupos de Diagnóstico Relacionados (GRD) que utilizan variables demográficas y de diagnóstico para valorar el consumo de recursos. Así se establece que el proceso que genera más número de ingresos hospitalarios en España es el “parto sin complicaciones” aunque su coste sería inferior al valor medio de las actuaciones sanitarias. El proceso más costoso es el que se refiere a “un neonato con un peso al nacer de entre 2 y 2,5 Kg.”, que tiene un coste medio de unos 67.000 €, unas 20 veces más que el coste medio de un paciente. (MSC, 2007). Y entre los procedimientos menos costosos están la atención a un neonato normal (el cuarto) y el trabajo falso de parto (el sexto). En la siguiente tabla presentamos el valor que se ha calculado de los procesos asistenciales relativos al epp:

Tabla 3. El valor los procesos relacionados con el epp.

GRD	Descripción	Peso relativo	Coste
370	Cesárea con complicaciones	0,783532	2.741,15 €
371	Cesárea, sin complicaciones	0,663214	2.320,22 €
372	Parto con complicaciones	0,509682	1.783,10 €
373	Parto sin complicaciones	0,409998	1.434,35 €
374	Parto con esterilización y/o dilatación más legrado	0,607700	2.126,00 €
382	Falso trabajo de parto	0,273398	956,47 €
629	Neonato normal, peso al nacer > 2499 gr., sin procedimientos quirúrgicos significativos	0,0914	272,18 €
383	Otros diagnósticos anteparto con complicaciones	0,400917	1.402,59 €
384	Otros diagnósticos anteparto sin complicaciones	0,393450	1.376,46 €

Fuente: Informe de Gasto Sanitario 2007 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Además se analiza la relación entre el coste económico con su efectividad, es decir, a la relación que existe entre el gasto con los resultados reales en curación o promoción de la salud que dan, lo que se ha ido nombrando como la evaluación económica de las actuaciones sanitarias (Oliva, 2008:137). El coste y la eficacia son dos aspectos básicos para tomar decisiones en los sistemas sanitarios públicos, donde hay que conjugar el acceso a los servicios con la sostenibilidad financiera. El criterio de base es la equidad, con las dificultades que conlleva intentar ofertar una asistencia similar en todos los procesos, en todas las Comunidades y áreas a partir del modelo de descentralización que existe en nuestro Estado. Las dificultades devienen, en el caso concreto del epp, al intentar garantizar una atención similar a todas las mujeres durante el proceso, con la variabilidad de situaciones que puedan aparecer, aunque sean poco frecuentes, pero que requieran una fuerte inversión económica (como por ejemplo en los embarazos de riesgo o en la realización de determinadas pruebas como una biopsia corial).

2.2.2.2. *El modelo productivo en la organización sanitaria*

La atención al epp, el tipo de relación sanitaria y el trabajo del personal se pueden interpretar también desde un enfoque productivista, donde tienen gran importancia las condiciones de producción de la reproducción, ámbito que había permanecido ajeno al capitalismo (Stoller, 1974:106–110; Tabet, 1985:114–120; Martin, 1987:54–67; Narotzky, 1995:69–73). Así se da una organización taylorista³⁹ y una mayor plusvalía del trabajo.

³⁹ Utilizamos el término “taylorista” en el sentido de describir la organización científica del trabajo sanitario basada en el cálculo y ajuste de los tiempos, el trabajo en tareas, la organización del personal asignado a cada una de estas tareas, el producto final y su calidad, y la tarea de maximizar los costes y beneficios de la producción.

2.2.2.2.1. *Sobre el enfoque del epp*

El productivismo aparece con la asistencia hospitalaria de los partos ya en los años 50, cuando algunas mujeres denunciaban la producción industrial de los partos con la consiguiente deshumanización y alineación (Michaelson, 1982:4–6). Al enmarcarse el epp dentro del modelo biomédico, se transforma en un proceso de producción más, aunque su finalidad sea producir salud y prevenir enfermedades, a la vez, claro, que se producen personas.

El contexto hospitalario, ampliable a todo el proceso de atención biomédica, se convierte en una fábrica, dónde el interés reside en el producto –la criatura y la mortalidad y morbilidad materna e infantil–, pero no en el proceso. Se considera que las mujeres son las trabajadoras, cuyas máquinas –sus úteros– requieren un control externo por los médicos –gestores de la producción– y en el que priman la efectividad, la división del trabajo en tareas y vigilar los tiempos, de modo que se cosifica a la parturienta y se incorpora a un proceso protocolizado (Martin, 1987:63–66,143–146).

En este sentido, se habla de la “explotación de las mujeres” (Tabet, 1985:114–120), que consiste en expropiar al agente reproductor, es decir, a la mujer, de la gestión de las condiciones de trabajo y de las decisiones sobre el producto. Esto se traduce en que las mujeres no pueden elegir los lugares donde ser atendidas –centros de salud, centros de especialidades, hospitales u otros–, ni el personal sanitario que las atiende –matronería, obstetricia, medicina de familia y otros–, ni los tiempos del trabajo –el número de visitas durante el embarazo, el inicio, la duración y finalización de los tiempos de estancia hospitalaria–, ni el ritmo del trabajo –la duración del embarazo del puerperio y de cada una de las fases del parto–, ni tampoco la calidad del producto –qué es lo normal frente a lo anormal–, entre otras consideraciones de suma importancia.

Al interior de la institución sanitaria se establecen unas relaciones de control y poder que las convierten más en objetos que en sujetos de su práctica, para que se ajusten a la cadena de trabajo –el itinerario asistencial con sus visitas y pruebas–, para que permitan y acepten el trabajo de sus profesionales, adoptando de este modo más un rol de obediencia y abandono, con el fin de que las profesionales puedan realizar su trabajo, ya que son éstas y en especial las obstetras, quienes hacen el trabajo durante el epp (Montes, 1999:210; Fuentes, 2001:124–125; Montes y Bodoque, 2003:6).

2.2.2.2.2. *Sobre el producto*

El enfoque productivista también parte de la centralidad del producto en todo el proceso; en esta lógica otros aspectos como las trabajadoras y las condiciones de trabajo quedan supeditadas al producto.

Lo que prima en la atención biomédica es, por consiguiente y como venimos señalando, el producto final, que queda limitado al embrión, feto o criatura, es decir, al número de nacimientos y la disminución de las cifras de mortalidad infantil. Por tanto, existe un enorme interés porque el número de productos sean el mayor posible, o sea, que la mayoría de los embarazos concluyan con un nacimiento, dichos productos nazcan y no se produzcan pérdidas. Para ello, el sistema sanitario vigila las condiciones de producción y las condiciones de la mujer –que aporten datos sobre el hecho de que el feto se desarrolla adecuadamente y que los embarazos se ajusten a la finalización del proceso–. Cuando esto no ocurre así, no se duda en introducir cualquier tipo de intervención que ayude a la vigilancia de la supervivencia del feto y a mejorar la calidad del producto final. Como señala Montes (2007:53), el interés es lograr finalmente un producto aceptable con un claro objetivo político: la consecución de ciudadanos útiles y productivos.

En la importancia que tiene el producto, el deseo de tener una hija o hijo también está vinculado a las representaciones sobre la maternidad, como un hecho universal, por encima de otras cuestiones. La criatura se sitúa por encima de las mujeres y se prima el bienestar de las criaturas sobre el de las mujeres. Así, éstas quedan, en un lugar secundario, pues mientras las cifras de mortalidad materna no se incrementen, la morbilidad junto con otros costes en la salud, las consecuencias sobre sus vidas y su salud no son consideradas, lo que refrenda la idea de Tabet (1985:114) sobre la explotación de las mujeres para la reproducción social.

2.3. SOBRE EL PROCESO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: ENFOQUES Y PROPUESTAS

Esta tercera y última parte del capítulo dedicado al marco teórico se centra expresamente en el proceso formado por el embarazo, parto y puerperio. Por ello, se inicia la reflexión elaborando una presentación de cada una de las etapas que componen este proceso. A continuación, describimos las conceptualizaciones que se pueden extraer de las revisiones de documentos y de textos sobre el tema, y que conforman los enfoques que posteriormente retomaremos al analizar las representaciones que surgen en la atención sanitaria al epp.

2.3.1. Partes del proceso

Como ya hemos repetido anteriormente, el epp forma parte de un proceso más amplio, que es la reproducción humana. En el ámbito sanitario se valoran cada una de estas fases de una forma independiente, como si tuvieran entidad propia, y por tanto los procesos de atención son diferentes y separados para cada una de ellas. Todo ello sin tener en cuenta que el proceso se desarrolla como un *continuum*, que tiene lugar en un mismo cuerpo y que culmina con el nacimiento de una criatura. Respecto a su comienzo Narotzky (1995:52–53) y Tabet (1985:84), señalan su inicio en la fertilidad y la fecundidad, ya que desde la fecundabilidad se inicia el control sobre la reproducción, aunque en nuestra investigación esta fase ha quedado excluida pues el primer contacto sanitario empieza a partir de la confirmación del embarazo⁴⁰.

Las diferencias en el origen del embarazo, bien sea una fecundación a través de una relación heterosexual, mediante el uso de las técnicas de reproducción asistida o el resultado del fracaso de las estrategias de control, no son contempladas ni en los programas de atención al embarazo ni en la red asistencial. Sólo suelen ser valorados aquellos aspectos vinculados con la aceptación o no del embarazo.

A continuación se describen las características más importantes de estas fases, que nos ayudarán a entender mejor cómo se configura la asistencia obstétrica.

2.3.1.1. El embarazo

El embarazo es la secuencia más larga y a la que mayor control se le presta, ya que como apunta Ehrenreich (1990:311) este tiempo da la oportunidad a los expertos ginecólogos para la observación de las mujeres.

En nuestra sociedad se distinguen dos etapas en el embarazo en función del status de embrión o feto, que atendiendo a su desarrollo pasa a ser denominado, precisamente, de embrión a feto, a partir de la octava semana, que es cuando ya se han formado sus órganos principales. Esta diferenciación supone el primer punto de control, que tiene importancia para el ámbito sanitario y jurídico, pues marca el límite para establecer

⁴⁰ Recientemente se incluye la atención preconcepcional, aunque no en todos los programas, como aquella que debe hacerse a las mujeres en edad fértil y a sus parejas para conocer los antecedentes personales y familiares -como enfermedades genéticas y tratamientos crónicos-, promover hábitos saludables antes de la fecundación y prescribir tratamientos como el ácido fólico que disminuyan defectos en la criatura. La finalidad es que la mujer disponga de mejores condiciones para la fecundabilidad, a la vez que prevenir enfermedades genéticas, dentro de la preocupación porque haya individuos cada vez más sanos. Otras estrategias, como serían ayudas socioeconómicas o medidas de protección laboral, no son consideradas ni en el ámbito sanitario ni en el social (Maroto, 2004:13–23).

que hay vida en el nuevo ser y que es ya considerado un individuo social (Duden, 1996:79–96).

La duración del embarazo que se establece, también en función de criterios biológicos y de la evidencia médica, se estima que debe ser de unas 42 semanas (41+5 en nuestra área de estudio); su prolongación más allá de este periodo justifica la intervención médica. Sin embargo, la definición de embarazo prolongado responde a variaciones históricas, legales, familiares y culturales (Cruz Hermida y Cruz González, 2000:364–370; Goer, 2008:66–68). Es decir, las mujeres cuyos embarazos duran más de este tiempo son citadas para provocar el embarazo, aunque esta cuestión no está claramente definida.

Aparecen en esta etapa diferentes representaciones del cuerpo de la mujer, que reflejan las diferentes lecturas que se han realizado del cuerpo gestante y de la pluralidad de experiencias subjetivas de las mujeres. Imaz habla de tres tipos de representaciones:

- El “embarazo como fusión: la simbiosis madre–hijo”, que explica la unión entre la madre y la criatura al compartir el mismo cuerpo, y que se separan con el nacimiento. Esta representación considera el embarazo y la maternidad como si fuesen una relación de simbiosis madre e hijo, que ofrece estabilidad y plenitud a la mujer, y es sobre la que se apoyan los discursos del vínculo de la madre y la criatura (Imaz, 2008:274–277).
- El “embarazo como invasión: el feto–parásito”, que subraya que la criatura crece a costa del cuerpo de la madre; para ilustrarlo estarían algunas situaciones como las anemias y otros estados carenciales que acompañan en ocasiones al proceso del embarazo. Según esta autora, aquí también encontramos las visiones que se hacen “desde el deber, la resignación y el sacrificio hacia ese otro que es el hijo”, como sucede con la lactancia materna (Imaz, 2008:278–280).
- El “embarazo como cuerpo escindido: el feto–individuo”, y que supone “la concepción del feto como «alguien» diferente de la madre, no sólo una individualidad diferenciada sino también un cuerpo propio, en dependencia respecto del de la madre pero distinto al de ella” (Imaz, 2008:280–282).

Como recalcan Montes (1997:296) y Bodoque y Montes (2003:4), este tipo de representaciones dan como resultado que la mujer viva su cuerpo con miedo y desconfianza durante el embarazo, lo que facilita la apropiación de la atención de sus cuerpos embarazados por parte de los expertos médicos.

Pero además del autocontrol por parte de las mujeres y del control de los expertos médicos, se da un control por parte de la sociedad, que se materializa en los diversos

mitos y tabúes asociados a la mujer embarazada, y que nos muestran de qué manera el embarazo y la reproducción en general constituyen un asunto social y público.

2.3.1.2. El parto

Es el proceso en el que concluye el embarazo y da lugar al nacimiento de la criatura. En España, el parto se integra normalmente dentro de la atención hospitalaria. El hospital es socialmente el lugar dónde se garantiza que, a través de la ciencia, la tecnología y el saber médico, llegará al mundo un nuevo ser perfecto sin el esfuerzo y dolor que tradicionalmente aquejaba a la madre. De modo que el parto se describe como un proceso largo, lento, penoso y doloroso (Montes y Bodoque, 2003:4).

Dentro de la atención al parto se integra la atención a la criatura. En nuestra sociedad el personal médico y la institución hospitalaria son quienes deciden cuándo éste puede estar con su madre y padre, y cuáles son las intervenciones más adecuadas en esas primeras horas de vida (Narotzky, 1995:63).

2.3.1.3. El puerperio

Este periodo, también denominado postparto, constituye según criterios médicos el tiempo de recuperación del útero, establecido en 40 días. Tabet (1985:84–85) y Narotzky (1995:52–53) nos señalan cómo en muchas sociedades esta etapa no es más que la norma histórica, social y médica que se establece para que las mujeres no tengan relaciones sexuales de penetración y así salvaguardar su recuperación. Pero esta norma sigue siendo utilizada para establecer los tiempos de la atención, ya que el último control sanitario está determinado en esa fecha y a partir de ahí cesa la asistencia a la mujer.

En nuestra investigación optamos por denominar a esta etapa como “puerperio”, siguiendo la categoría emic utilizada en la atención sanitaria biomédica. Hablar del puerperio es centrar la mirada sobre esta etapa en la mujer. En cambio, en otros estudios (Aguayo, 2007:69) se está utilizando esta misma denominación de “epp”, aunque sin embargo la última “p” no hace referencia al puerperio, sino al “periodo perinatal”, que alude a lo relativo al nacimiento, donde se incluye tanto a la criatura como a la mujer al mismo nivel.

En el ámbito sanitario, esta etapa se subdivide en los cuidados y la recuperación de la madre y los cuidados de la criatura, lo que incluye la lactancia, que llega a ocupar la centralidad de los discursos médicos. Tabet (1985:62,101) nos ofrece otra lectura de la

lactancia, entendiéndola como el mecanismo que marca la ruptura entre los tiempos de sexualidad y reproducción, ya que durante la misma la mujer no puede ser fecundada.

El cuidado de las mujeres se ve reducido a los cambios en los órganos reproductores femeninos, invisibilizando los cambios sociales, emocionales y de otra índole de las mujeres y de las familias. Como señala Carme Valls, *“el puerperio es un tiempo olvidado en cuanto a control de calidad de vida de la mujer y por ello existen pocos estudios sobre otro tipo de morbilidad, no psicológica ni ginecológica, en este periodo”* (1991:148). Los cambios emocionales sólo son percibidos en la asistencia cuando se verifican las llamadas *“depresiones posparto”*, tipificadas de muy diversas maneras, desde procesos normales que cesan espontáneamente hasta problemas mentales. Pero, como dice Asunción González de Chávez al respecto, *“cuando se produce una situación psicológica estresante, se patologiza y se descontextualiza del resto de variables –económicas, familiares, laborales y sociales– que la acompañan”* (1993:xiv).

2.3.2. El epp en su conjunto

Paolo Bartoli apunta que *“el trabajo médico asistencial se constituye tanto sobre aspectos científicos como aspectos socioculturales que el profesional sintetiza en términos de una racionalidad científico-ideológica”* (1989:20). De modo que no todos los principios de una disciplina son científicos, sino que también hay ideologías sociocientíficas (Canguilhem, 1993; en Martínez, 2008:33–45). Explorar algunos de estos aspectos socioculturales es lo que pretendemos en nuestro análisis, y para ello utilizamos el concepto de representaciones sociales en el sentido de que *“representar, es decir, traer hacia el presenta algo previamente ausente (...) Goody afirma que las representaciones lo son siempre de algo, de ahí que sean re-presentaciones, y no la cosa misma propiamente dicha”* (Del Valle et al., 2002:28).

Al respecto, Jodelet considera tres dominios en las representaciones sociales: el campo del conocimiento, el campo del valor y el de la acción. De manera que *“la representación se expresa y se construye socialmente, no sólo en un medio de conocimiento sino en un instrumento de acción”* (1989; en Osorio, 2001:15). Esta idea también la encontramos en Comelles (1997:139), cuando al hablar de la asistencia sanitaria distingue dos planos: por un lado, el plano ideológico (formado por las representaciones, valores y actitudes de los sectores implicados) y por el otro lado, el plano que se refiere a la praxis como gestión de los procesos aludidos, es decir, al conjunto de comportamientos, actuaciones, tomas de decisión y técnicas destinadas a la utilización de esos marcos institucionales. Esta distinción nos permite diferenciar lo que se piensa y lo que se

hace, para que las prácticas puedan ser descritas y analizadas (Osorio, 2001:16). Menéndez y Renée Di Pardo apuntan que:

“Las prácticas no reproducen a las representaciones ni mecánicamente ni idénticamente. La representación establece la guía para la acción, la cual se resuelve en la situación. La práctica puede modificarse situacionalmente (...) La posible discrepancia es parte de esta relación, pero asumiendo que también expresa regularidades” (1996; en Osorio, 2001:16).

De este modo, la organización de estas formas de representar el epp pretende introducir un cierto orden que nos permita aprehender y comprender las diferentes conceptualizaciones que hemos ido encontrando. Por tanto, la forma en la que las mostramos aquí no excluyen necesariamente otras posibles agrupaciones y sentidos que pudieran llevarse a cabo. Así, las primeras representaciones que se describen son generadas principalmente por la biomedicina: el epp como riesgo o como enfermedad. En oposición y procedente de los grupos de salud de las mujeres, encontramos las representaciones que describen el epp como un proceso fisiológico. Enlazando ambos enfoques, por último, aparecen las conceptualizaciones sobre los derechos del feto, bebé o neonato/a y las representaciones sobre la maternidad. Cada una de ellas se desarrolla en los siguientes apartados.

2.3.2.1. El epp como un proceso de riesgo y patológico

El concepto de riesgo⁴¹ se utiliza para advertir sobre la incertidumbre que puede surgir en cualquier proceso social o de salud (Douglas, 1992; Castel, 1986; Beck, 2000; Lurbe i Puerto, 2005). Para su manejo se establecen políticas de gestión de riesgos que buscan la protección ante el mismo (Castel, 1986:219–220). Los riesgos, por otra parte, se vinculan a determinadas conductas y establecen una serie de principios morales a los que debe ajustarse la población (Douglas, 1996:25–26). Si la población cuestiona este cumplimiento se produce una amenaza de catástrofes (Douglas 1996:93), que coloca a la persona en una situación de mayor incertidumbre. Estos mecanismos propician que el orden social, construido sobre el riesgo, se mantenga y sea respetado por los actores sociales, en aras de la reducción o anulación de los riesgos.

Relacionado con el caso que nos ocupa, el epp, la asociación del riesgo aparece como una construcción cultural que responde a una serie de significados como recordatorio de la mortalidad que puede aparecer, y que ha estado presente, a lo largo de la historia y en diversos lugares del mundo, tanto para la mujer como para la criatura (Montes,

⁴¹ La OMS (2002) define el concepto de riesgo como la probabilidad de que aparezca un resultado sanitario adverso.

2007:42–43). Y también porque se trata de un periodo en el que pueden producirse diferentes riesgos en el cuerpo.

Por otro lado, el riesgo se presenta como un concepto individual, centrado en la descripción de factores individuales, principalmente biológicos, tales como enfermedades presentes o pasadas de las mujeres. Uribe (1998:207) constata que el paciente es presentado como el único responsable de sus riesgos, y que éstos no se relacionan con los factores socioculturales que influyen en los mismos⁴²; situación que conduce a que *“las mujeres se convierten en sus epp en sospechosas de riesgo”* (Montes, 2007:44). Al respecto, la misma Montes indica que:

“Una característica de los discursos del riesgo que se manejan en torno al embarazo y parto es su plasticidad para ser utilizados como amenaza y culpabilización hacia las mujeres usuarias. La referencia a un riesgo que puede incorporarse o ser inherente por la condición biológica en la que se encuentra la persona, y emitida desde el juicio de los/as expertos/as, genera el miedo y esto es una puerta abierta a la manipulación del comportamiento, el cuestionamiento de los valores y las actitudes. La amenaza del riesgo, apunta Norbert Bensaïd (1986), aumenta el dominio de la medicina que obtiene de esta manera el consentimiento y obediencia de los sujetos (Ibídem:87), en nuestro caso de las mujeres. La incertidumbre del posible riesgo desestructura la seguridad cotidiana de la persona y la hace maleable a las manos del médico y el sistema de salud (Taussig, 1995:114)” (Montes, 2007:44–45).

Esta idea del riesgo, no sólo en los embarazos y partos patológicos o de riesgo sino también en los normales, conduce a dar protagonismo a la enfermedad frente a la salud, a la prevención y detección de posibles problemas y enfermedades que puedan ocurrir frente a la promoción de la salud de las mujeres durante todo el proceso. Y supone, además, una actitud vigilante e intervencionista de la institución sanitaria de la mano, principalmente, del personal de obstetricia, personal especializado en la patología. Señalemos por otra parte que el parto y el puerperio suponen un 14% de las hospitalizaciones y el 7% de las estancias hospitalarias (OSM–MSC, 2008:17), y que es el único proceso de salud al que, no siendo una enfermedad, se le da un trato similar.

Todo lo explicitado supone un determinado ordenamiento sociocultural dentro de unas coordenadas sociales, políticas y económicas, que configuran un lugar hegemónico a la medicina para el control de la salud reproductiva. Así, la reproducción deja de ser una experiencia cotidiana de la vida de las mujeres, como ha

⁴² Martínez (2008:68) describe factores socioculturales que influyen en las condiciones biológicas: la construcción social de la enfermedad, la influencia del entorno sociocultural en las conductas y hábitos de vida y los factores socioculturales que tienen un impacto sobre la salud como el trabajo, la pobreza y las condiciones sociales, entre otras.

sucedido en otras épocas históricas y en otros contextos culturales, para situarse como cualquier otra enfermedad.

En el capítulo 5 de esta tesis veremos cómo aparece este discurso en la atención del área 12, y los diferentes usos que hacen del mismo los actores sociales –la institución sanitaria, las profesionales y las mujeres–. Y analizaremos también las consecuencias que provoca su mantenimiento.

2.3.2.2. El epp como un proceso fisiológico

La concepción del epp como un proceso fisiológico se sitúa en oposición al enfoque de riesgo y patologizador que hemos descrito. Se sustenta en entender la gestación y el parto como una de las funciones del cuerpo de las mujeres, es decir, verlos como procesos normales para los “organismos” de las mujeres y que, por tanto, no representan ni una enfermedad ni un problema de salud. Se señalan los mecanismos fisiológicos que utiliza el cuerpo para este proceso, y se enfatiza cómo a lo largo de la historia de la humanidad, y en diversos lugares, las mujeres han parido y siguen haciéndolo sin que los embarazos y partos precisen de control biomédico, sino que son atendidos por mujeres experimentadas en este asunto. Desde ahí se señala la necesidad de una menor intervención biomédica en este proceso.

Esta forma de “re-presentar” el epp la encontramos en diferentes etnografías, cuyo objetivo es visibilizar que las mujeres no han dejado de oponerse al control médico. Al respecto, según Romalis (1981:63–65), ya desde los años 50 las mujeres de EEUU empezaron a poner de manifiesto su insatisfacción con la atención, reclamando un parto más natural y la promoción de cursos de preparación más centrados en la relajación y en la respiración. Y Ann Oakley (1984:240–246) señala a su vez que las mujeres de Gran Bretaña querían una relación cercana entre el personal y las mujeres.

Como avanzamos en el capítulo 1 (1.2.1.), poco a poco han ido surgiendo algunas declaraciones de instituciones sanitarias que cuestionan el control médico y el enfoque patologizador del epp. Entre ellas destacamos a la OMS, que en 1985 organizó una conferencia en la ciudad de Fortaleza (Brasil) sobre la Tecnología Apropriada para el Parto, denominada en ocasiones como de los derechos de la mujer embarazada. En dicha conferencia se llevó a cabo la adopción de una serie de recomendaciones a fin de evitar que ciertas prácticas sean realizadas de una forma sistemática, es decir, a todas las mujeres, ya que se entiende que ello supone una medicalización de este proceso, desplazándolo de la visión fisiológica que propugna. Posteriormente, se reactualizaron

estos derechos, que fueron ampliados a los del feto y que se recogen en la Declaración de Barcelona sobre Derechos de la Madre y el Recién Nacido (WAPM, 2001).

También en esta línea vemos que la Colaboración Cochrane, una organización internacional, independiente y sin ánimo de lucro establecida en el Reino Unido, tiene como principal objetivo hacer disponible información actualizada y rigurosa sobre los efectos de las intervenciones sanitarias para todo el mundo. En 2001, inició la revisión de los conocimientos biomédicos disponibles sobre la atención al parto, cuestionando ciertas prácticas como el rasurado, el enema, la monitorización continua, la posición del parto, la anestesia epidural frente a la no anestesia, el uso de otros tratamientos para el manejo del dolor y el contacto “piel a piel” tras el nacimiento.

Por otro lado, la Coalición para la Mejora de los Servicios de Maternidad (Coalition for Improving Maternity Services, CIMS por sus siglas en inglés) de EEUU, reúne a organizaciones nacionales y particulares involucrados en el cuidado y bienestar de las madres, los bebés y la familia. Para ser designado por la CIMS como "respetuoso con la madre", un hospital, casa de partos o servicio de atención domiciliaria al parto debe cumplir los Diez Pasos de la Iniciativa para un Parto Respetuoso con la Madre. Estos pasos se pueden sintetizar explicativamente en la necesidad de que las mujeres elijan sobre sus partos, sean atendidas sus necesidades emocionales y socioculturales además de sus necesidades físicas, se garantice la participación de los padres y familiares en los partos y en el cuidado de las criaturas, no se apliquen los procedimientos cuestionados por la OMS (1985), promover otros métodos no farmacológicos en el control del dolor del parto y la lactancia materna, con la iniciativa Hospital Amigo de los Niños.

En esta dirección, en 2006 el instituto NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) publicó la guía Atención al Parto de las Mujeres Sanas y sus Hijos, que desde una visión biomédica del coste–efectividad evalúa los procedimientos y ha recomendado que no se sigan realizando algunos de los descritos ya por la OMS (1985).

Esta conceptualización fisiológica es la que sustenta también la atención sanitaria de los Países Bajos, Nueva Zelanda y los países escandinavos, donde el parto está desinstitucionalizado, lo que significa que se pare en los domicilios y el parto es atendido fundamentalmente por matronas, que trabajan de forma autónoma con respecto al personal médico.

En España, por otro lado, en este enfoque se enmarcan las propuestas de diferentes grupos y profesionales de la salud. Aunque en los años 70 casi todos los partos empezaron a ser hospitalarios, hubo profesionales de matronería y obstetricia que siguieron atendiendo partos en domicilios, tal y como siempre lo habían realizado.

Algunas forman parte de la Asociación Nacer en Casa, y otras trabajaron en los Centros de Planificación Familiar, ya citadas, pues era un espacio en el que podían desarrollar un enfoque diferente del epp hegemónico.

El ginecólogo y obstetra Pedro Enguix formó en 1976 el Colectivo de Salud Acuario. En torno a él se reunieron un grupo de profesionales que se dedicaban a la salud sexual y reproductiva, con un interés explícito en que las mujeres tuvieran el control sobre estos aspectos. Posteriormente, abrieron dos centros en la Comunidad Valenciana: una clínica en Valencia y un hospital con maternidad en Alicante⁴³. Aunque sus conocimientos y prácticas se basan en la medicina científica, son críticos con el modelo biomédico, sobre todo porque integran lo que denominan una concepción humanista de la medicina basada en la igualdad con los pacientes, que son quienes deben decidir sobre su propia salud. Al mismo tiempo, apuestan por espacios cómodos y familiares y ofrecen otras modalidades de atención al epp dentro de un centro sanitario. Enrique Lebrero, un obstetra que en 1982 se unió a este centro, publicó junto con la psiquiatra infantil Ibone Olza (2005), fundadora de la Asociación El Parto Es Nuestro, un libro crítico con el intervencionismo, titulado *Nacer por cesárea*, centrado en el gran número de cesáreas que se realizan en nuestro país.

En 1990 surge en Madrid la Asociación de Mujeres para la Salud⁴⁴, que desarrolla cursos de preparación al parto centrados en las necesidades de las mujeres.

La Plataforma Proderechos del Nacimiento⁴⁵ reúne a diferentes asociaciones, profesionales, padres y madres, personas relacionadas con la lactancia materna, centros privados de atención al embarazo y parto natural, asociaciones de parto en casa, centros para preparación al parto de forma natural, organizaciones de psicología y asistencia temprana infantil. Todos estos colectivos entienden el epp y el nacimiento como una etapa decisiva para la vida. Han divulgado las recomendaciones de la Declaración de Fortaleza de la OMS (1985) y han participado en la elaboración de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo. La presidenta y promotora de la Plataforma, Ángeles Hinojosa, había formado en 1987 la Asociación Nacimiento Feliz, y posteriormente convocó a diferentes profesionales y grupos que se constituyeron hace diez años en esta organización. Es una de las impulsoras del movimiento de re-nacimiento (Rebirthing) sobre las memorias del nacimiento propio para entender las vivencias que se tienen del epp y el impacto de las

⁴³ Su página web es: www.acuario.org.

⁴⁴ Su página web es: www.mujeresparalasalud.org

⁴⁵ Su página web es: www.pangea.org/pdn

mismas a lo largo de la vida. Entre sus proyectos como plataforma se encuentran las campañas de recogida de firmas para solicitar la subvención del parto domiciliario, la atención del parto natural en clínicas u hospitales y el aumento del permiso por maternidad.

En la formación de esta asociación también participó Isabel Fernández del Castillo, autora del libro *La Revolución del Nacimiento* (1994), reeditado en 2006 (por su gran demanda), en el que expone los modelos de atender el parto de otros países que han implementado las recomendaciones de la OMS (1985), y en el que defiende a su vez una atención centrada en el respeto a la fisiología del parto y a las condiciones que favorecen su progreso espontáneo: intimidad, libertad de movimientos y de expresión y seguridad emocional. Ha participado en la formación de la Asociación El Parto Es Nuestro y ha escrito varios artículos en periódicos nacionales sobre este tema.

Algunos de estos grupos han ido recogiendo las propuestas de cursos de preparación al parto sin dolor, como la Escuela Española de Educación Maternal, que se basa en las propuestas de los médicos Lamaze y Read sobre cómo enfrentarse al parto⁴⁶.

Todos estos movimientos han difundido la celebración de la Semana Mundial Por El Parto Respetado, iniciativa que surgió en Francia y en la que cada año se promueve una causa diferente referida a la atención al parto: en 2004, sobre la episiotomía; en 2005, sobre las posiciones para parir; en 2006, sobre el tiempo para nacer; en 2007, sobre el entorno amoroso durante el parto; y el año pasado, acerca de la no-separación de madres y bebés al nacer. Estos lemas coinciden con las campañas y folletos elaborados por la Asociación El Parto Es Nuestro, que ha sido una de las principales impulsoras de esta celebración.

Por otro lado, esta visión del epp como un proceso fisiológico ha inspirado el nuevo plan de estudios universitario de formación de las matronas, la declaración sobre los Derechos de los Padres y de los Niños en el Ámbito Sanitario durante el Proceso de Nacimiento en Andalucía (Boletín Oficial Junta de Andalucía, Decreto 101/1995) y en Baleares (Ley 5/2003), el Protocolo de Asistencia al Parto, al Puerperio y Atención al Recién Nacido en Cataluña (2003)⁴⁷ y, más recientemente, en Cantabria un decreto similar (23/2007) y un protocolo titulado Vía Clínica para la Atención al Parto Hospitalario Respetuoso con la Madre y el Bebé (2008)⁴⁸.

⁴⁶ Estos cursos de preparación al parto, que ya venían realizándose en otros países, están centrados en la relajación y en la respiración, para que las mujeres estuvieran despiertas y tranquilas durante su parto, y así evitar ciertas prácticas de la época como atarlas o usar anestésicos que les dormían (Davis Floyd y Sargent, 1997:10).

⁴⁷ En: www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/protpart.pdf.

⁴⁸ En: www.saludcantabria.org/saludPublica/pdf/mujeres/EstrategiaAtencionPartoNormalSCS.pdf.

A la par de la reivindicación de la desmedicalización del epp, se empieza a hablar de la necesidad de la humanización de la atención sanitaria a este proceso. El concepto de humanización ya aparecía en algunas etnografías de la reproducción realizadas en los años 70 en EEUU, como las de Stoller (1974:11) y Romalis (1981:5), que preferían el uso del término deshumanización frente al de medicalización. Constataban así que al primar el enfoque de riesgo en la atención sanitaria, la mujer quedaba invisibilizada.

Estos discursos sobre la humanización, además de apoyarse en el enfoque fisiológico, señalan la importancia que tiene el nacimiento en la vida de las personas, abogan por incorporar a la unidad familiar en el nacimiento, pretenden garantizar el bienestar de la criatura y también tender a personalizar la atención en la mujer –nombrada siempre como madre–.

Los significados que subyacen detrás de estos conceptos, es decir, del concepto de “fisiológico” y del concepto de “humanización”, son como puede comprenderse muy variados, y con toda su complejidad los presentaremos en el capítulo 6. Su empleo se vincula a la conceptualización general que se haga del epp y, por supuesto, del grado de cuestionamiento que se realice al modelo biomédico como sistema hegemónico sobre los procesos de salud, enfermedad y atención.

2.3.2.3. Los derechos de los embriones, fetos y neonatos/as

Encontramos una conceptualización del epp que construye a las criaturas, aún cuando no hayan nacido, en sujetos de derechos. Los actores que quieren ejercer sus derechos sobre la criatura son tres: la madre, en base al control de su cuerpo, el padre, en cuanto a su propiedad, y el Estado –que se traduce en la medicina–, en cuanto a que las criaturas serán nuevos y nuevas ciudadanas (Rothman, 1980:159; Aguinaga, 2000:83).

Entre las declaraciones que han surgido sobre esta cuestión podemos encontrar pues la Declaración de Derechos de la Madre y del Recién Nacido (WAPM, 2001), la Iniciativa para una Atención Neonatal Humanizada” (Levin, 1999), los Derechos Emocionales de los Niños Prenatales y Recién Nacidos (2005), la creación del Día de los Derechos del Nacimiento (7 Junio) y la iniciativas de Hospital Amigo de los Niños y Hospital Amigo de la Madre, que es la misma aunque se denomine de diferente manera.

En la declaración de los Derechos Emocionales de los Niños Prenatales y Recién Nacidos se señala que la atención sanitaria debe estar centrada en las necesidades básicas y fundamentales del “niño prenatal”, para que logre alcanzar un desarrollo

emocional sano. Así, se dice que *“el feto es un ser humano activo y comunicativo, muy sensible a la actitud de su madre frente al embarazo, que siente lo que ella siente”* (2005: punto tercero).

Por otro lado, en la declaración de los Derechos del Nacimiento, de los diez puntos que se reseñan, seis hablan del bebé y de sus necesidades, que se construyen y elaboran en relación a los cuidados que requieren en su vida uterina. De su vida extrauterina a partir del nacimiento se destaca la importancia de lactancia materna, del vínculo con su madre y su padre, y el derecho que tiene a ser cuidado por ambos. Dichas ideas se apoyan en estudios realizados desde la neonatología, la pediatría y la psicología.

Estos discursos, como se aprecia, construyen una interpretación biologicista y psicologicista del nacimiento, dejando al margen no sólo los contextos y los grupos sociales en que se dan los nacimientos, sino también dejando de lado a las mujeres, a sus oportunidades para el cuidado propio y de los demás, a la salud de las mujeres y de los hombres y, todavía más, no considerando los distintos deseos y querencias de las personas sobre estos asuntos. Las necesidades de los fetos y criaturas se dibujan como si fuera un común universal, olvidando, como señala Margarita Kay, que *“el nacimiento y la reproducción son acontecimientos sociales con variaciones culturales tanto en sus cuidados como en sus significados, y son los contextos sociohistóricos los que nos aportan luz sobre las raíces sociales de estas variaciones”* (1982:viii).

Al hilo de lo señalado es preciso señalar que en sociedades como la española las tasas de natalidad han sido bajas, y su incremento en los últimos años se debe en gran medida a los nacimientos por parte de mujeres inmigrantes. Esta realidad, junto con otras ideologías de consumo, contribuye a que las criaturas se conviertan en un bien escaso y muy valorado. Los derechos sexuales y reproductivos presuponen que los hijos e hijas son decididos, pues existen medios anticonceptivos para su planificación. Por otro lado, la mirada del modelo biomédico a partir de la tecnología se ha ido dirigiendo cada vez más hacia la criatura de la gestante, quien ha ido cobrando vida propia. Esto se observa sin ir más lejos con las ecografías, donde se establece un diálogo médico–feto sin mediadores: ahora el personal médico no tiene que preguntar a la mujer la información que necesita, ya que se la da directamente el feto (Rothman, 1989:160–168). Estos controles recuerdan –cómo mostrábamos en el apartado redactado como la lógica capitalista (2.2.2.)– a controles de calidad en los que el feto es el producto, es la mercancía a vigilar.

Esteban (2001:77) e Imaz (2002:1-6) añaden a este particular que, además, como esta visión del feto es formulada siempre en masculino, invisibiliza a las mujeres y perpetúa el ideal dominante, es decir, tener una criatura que sea varón.

Se crea así la imagen del cuerpo de la mujer embarazada como un cuerpo escindido, ya que contiene en sí a otro individuo, pero diferente de él (Imaz, 2003:3). Esta idea conduce a crear y recrear la invisibilización de la mujer gestante, y constituye al feto como individuo con derechos, entre otros, el derecho a la protección de la salud (a no fumar, a no beber, a no medicarse, a evitar ciertos alimentos y actividades por parte de la madre) (Imaz, 2003:4). Por todo ello se requerirá la vigilancia de las mujeres por parte del personal sanitario, que actuará como “árbitro” (Quéniart, 1988; en Imaz, 2008:282) a la hora de recordar a las mujeres las necesidades de sus criaturas, que ellas están en la obligación de garantizar.

En conclusión, como señala Drucilla Cornell (2001:117), estos derechos surgieron para proteger al feto de una mujer-madre que realizara una acción dañina o potencialmente perjudicial para el feto, y su difusión no debe hacernos olvidar que los embriones y fetos, no son personas, puesto que todavía no han nacido y, por tanto, no son en realidad sujetos de derechos en el mismo sentido que las mujeres.

2.3.2.4. Visiones en torno a la maternidad

La última conceptualización que atraviesa nuestro objeto de estudio es la maternidad, que nos interesa en un doble sentido. En primer lugar, por las elaboraciones que se han venido realizando sobre las mujeres y, en segundo lugar, por tratarse de un acontecimiento en el que ciertas relaciones se han dado por supuesto, incluso desde la antropología, como por ejemplo “*la especialización biológica de las mujeres en la crianza y falta de cuestionamiento del carácter del vínculo madre-cría*” (Imaz, 2008:85-86).

Las vivencias que las mujeres contemporáneas poseen de la maternidad arrastran aspectos del “modelo heredado de la maternidad” (Montes, 2007:61-65; Imaz, 2008:145-184), que de acuerdo a las nuevas coordenadas sociales e históricas son revisadas por las mujeres proponiendo nuevos significados y, de manera simultánea, haciendo pervivir algunos de sus aspectos. Entre las principales herencias destacamos el “Ideal o Mito de la Maternidad”⁴⁹, que se apoya en la existencia del “instinto maternal” y la derivación a partir de la reproducción de la división sexual del trabajo.

⁴⁹ González de Chávez (2001:27) habla de “ideal” como la interiorización de ese conjunto de preceptos y exigencias que normativizan la experiencia de la maternidad, basado en que ser mujer significa ser madre.

Oakley revisa lo que se ha denominado como el Mito o Ideal Maternal señalando tres componentes: en primer término, en que todas las mujeres necesitan ser madres; en segundo, en que todas las madres necesitan a sus criaturas para realizarse y, en tercero, en que todas las criaturas necesitan a sus madres y no a otras personas para desarrollarse normalmente (1974:186). Bajo las dos primeras conceptualizaciones subyace, como se puede apreciar, la vinculación de la maternidad con las mujeres, lo que produce que las mujeres, para ser valoradas, tengan que ser madres. Es decir, que el deseo de ser madre se entienda como algo imanente a la condición de mujer, y que se piense que las mujeres tienen una predisposición biológica para la maternidad. Oakley (1974:203) apunta que esta necesidad de realizarse de las mujeres a través de la maternidad no procede de la posesión de “ovarios y útero”, sino de la socialización, que les coloca como imperativo sociocultural “inevitable” y hace creer a las mujeres que este deseo de la maternidad emana de su propia condición femenina.

De esta forma, la construcción de la maternidad se fundamenta en la relación natural y biológica de la madre con su hijo o hija, en el presunto instinto maternal y en la necesidad del “vínculo materno-filial”. Silvia Tubert (2001:51) apunta al respecto que, mientras la maternidad se construye como un hecho natural, con una imagen totalizadora y unificada de la madre, la paternidad en cambio se construye como una función social elaborada por la cultura.

Sin embargo, el “instinto maternal” y el “vínculo materno-filial” que hemos descrito ha sido ampliamente analizado y discutido (Badinter, 1991; Moore, 1991:42-45; Osborne, 1993:127-148; Scheper-Hughes, 1997:327-381). Especial atención merece lo que afirma Elisabeth Bandinter (1991:118), que señala cómo a partir del siglo XVII surgió, al revalorizarse la infancia, un discurso idealizado del amor materno como un valor natural, instintivo e inherente a todas las mujeres. No obstante, en nuestra sociedad todavía asistimos al hecho de que se presente esta idea como una realidad natural y no como un aprendizaje ni una condición sociocultural, que si bien se ha conceptualizado de forma distinta en cada momento histórico se considera universal (Monreal, 2000:52).

Sobre la base de esta presunta idoneidad de las mujeres para encargarse del cuidado de sus hijos e hijas, se han apoyado los planteamientos sobre la “maternalización de la maternidad”, planteamientos que establecen que esta tarea no puede dejarse sólo en manos del presunto instinto maternal, de la intuición de las mujeres, si no que es necesario dar orientaciones e instruir a las madres. Así, desde principios del siglo XX, instituciones como la medicina desarrollaron saberes técnicos que las mujeres debían

aprender para el cuidado de sus criaturas, motivo por el cual surge posteriormente la puericultura. En España, por ejemplo, estos procesos de formación se inscribían en un proyecto político, social y de desarrollo, donde las madres debían participar como una garantía de higiene de la raza y del correcto desempeño de la maternidad biológica, para darle una excelente educación y directrices morales adecuadas a las criaturas (Nash, 2003:692–695; Imaz, 2008:159).

Como apunta Imaz, la maternidad ha sido desde sus orígenes uno de las preocupaciones del feminismo. Así, dice: *“Se preguntará por el origen del deseo maternal y el lugar de la maternidad en la emancipación de las mujeres: ¿El hecho de que sean las mujeres las que se embarazan y dan a luz es necesariamente fuente de opresión o, al contrario, origen de un potencial protagonismo social específicamente femenino?”* (2008:25). Las respuestas a esta pregunta han sido diversas, enfocada desde planteamientos que afirmaban que era el origen de la diferencia entre los hombres y las mujeres y de la división sexual del trabajo, como afirmaban Simone de Beauvoir y Shulamith Firestone (Imaz, 2008:25–29). Oponiéndose a este enfoque, e intentando llevar a cabo lecturas más positivas de la maternidad, en el sentido de subrayar las potencialidades que esta experiencia ofrece a las mujeres, se sitúa Adrienne Rich. Ella fue la primera en señalar que las mujeres podrían rescatar y potenciar su maternidad como una experiencia positiva, un poder femenino de recuperar sus cuerpos, para crear y transformar la vida humana (1996:396, 401–403).

En España, esta defensa de la maternidad centrada en otra forma de relacionarse tanto con el cuerpo como con la criatura y la feminidad, la hacen feministas de la diferencia como M^a Milagros Rivera (1994), y también otras que pretenden incluir el enfoque fisiológico en la atención del epp, como es el caso de Isabel Aller (2006) y Casilda Rodríguez (2003), que apuntan la necesidad que tienen las mujeres de vivir su capacidad de gestar, parir y amamantar, entendiéndola como una oportunidad de su feminidad, construyéndola como una experiencia sexual donde el “vínculo materno-filial” implica una serie de oportunidades para crear otras relaciones. Así, Rodríguez sugiere lo siguiente:

“Es extremadamente importante reivindicar la maternidad como una etapa de nuestra vida sexual, no sólo por nosotras, sino porque la libido materna tiene una función social para vertebrar una sociedad basada en la realización del bienestar. Sin madre no puede haber hermandad; el fratricidio es la consecuencia inmediata del matricidio, de la falta de madre” (2003:12).

Este tipo de ideas han sido recogidas también por grupos y asociaciones de carácter ecologista, humanista y naturista, entre las que podemos encontrar algunas

asociaciones que se sitúan a favor del parto natural, y que reivindican el derecho a cuidar de forma intensiva a sus criaturas, al menos durante los primeros años de vida.

Como ejemplo de defensa del “vínculo materno-filial” encontramos el Centro de Investigación de Salud Primal⁵⁰ de Londres, dedicado al estudio de la salud durante el periodo fetal y el primer año siguiente al nacimiento, el llamado “periodo primal”. El objetivo de sus análisis es explorar las correlaciones que existen entre este periodo y todo lo que ocurre de allí en adelante. En este sentido, Odent por ejemplo concluye de sus observaciones teóricas que:

“Después de observar los antecedentes de las personas que presentan una clara alteración de la capacidad para amar, sea para amarse a sí mismo o a otros, parece que la capacidad para amar está determinada por tempranas experiencias de la vida fetal y el período perinatal” (2007:14).

Construida como determinante en el desarrollo de las personas, lo que ocurra en esta etapa de la vida se encuentra íntimamente vinculado a los cuidados que realicen las mujeres durante el embarazo, amén por supuesto de los cuidados que brinden a sus criaturas después del nacimiento. Desde esta concepción se procede a vigilar a las mujeres y se elaboran discursos que revitalizan la construcción del “vínculo materno-filial”, discursos que lo convierten en un mandato para todas las mujeres⁵¹. Y ello es especialmente legitimador cuando proceden de profesionales médicos. En definitiva, este tipo de discursos producen que *“sigua activa la ideología de la responsabilidad de las mujeres respecto al cuidado de las criaturas como respuesta biológica naturalizada”* (Montes, 2007:66).

Pasa inadvertido entonces el hecho –subrayado a lo largo de nuestra investigación– de que en realidad se está produciendo una determinada configuración y socialización de las emociones, donde, por un lado las mujeres, deben expresar sentimientos de plenitud y alegría ante la maternidad y de amor a la criatura, mientras que, por otro lado, estos sentimientos se presentan de una forma naturalizada para todas las mujeres (Sau, 1995:17,101–102). Así, entre otras cuestiones y complejidades, se le niega cualquier tipo de ambivalencia o conflicto que las mujeres pudieran tener consigo mismas, con sus parejas y con sus criaturas (González de Chávez, 2001:21).

⁵⁰ Su página web es: www.birthworks.org/primalhealth

⁵¹ Desde 2008 se están impartiendo diferentes cursos en la geografía española sobre la “salud primal”, por el obstetra Michel Odent. Como ejemplo, en octubre se realizaron dos, uno en Navarra, organizado por la Asociación de Matronas de Navarra, y otro en Murcia, por la Asociación de Doulas. En Madrid se celebrará próximamente uno en junio organizado por Fernández del Castillo.

Por todo ello, Sharon Hays (1998:14–15) habla de la “maternidad intensiva”, como un modelo actual, ya que ésta exige no sólo atender a las necesidades de las criaturas, que por otra parte cada vez se presentan como más numerosas y costosas, por lo que se requieren de recursos económicos para su cobertura, sino también mantener un fuerte compromiso emocional por parte de las mujeres con sus criaturas, lo que hace que vivan esta experiencia con una enorme cantidad de exigencias y, desde luego, puedan aparecer contradicciones.

Como ejemplo de los altos requerimientos –simultaneidad de papeles, vivencias diferenciales, exigencias varias– que supone el tránsito por la maternidad en la primera etapa del puerperio, encontramos la descripción que Montes (2007:319–329) lleva a cabo acerca de las vivencias de un grupo de mujeres de Tarragona. Así, la autora relata que en los primeros días tras el nacimiento es posible encontrar a la “madre dolorosa”, en el sentido de que la mujer recoge todas las molestias corporales tras el parto. Tras esta primera etapa surge, cuando la mujer ya se ha recuperado físicamente, la “madre aprendiz”, dispuesta y disponible para aprender todo lo relativo a cómo atender correctamente a su criatura. Pero a su vez la mujer debe ser una “madre nutricia”, que garantice la cobertura de todas las necesidades de la criatura. Cada una de estas “madres” exige diferentes tareas a las mujeres y produce que, en definitiva, se queden excluidas de las actividades “*que promueven la autonomía personal, el protagonismo, la equipotencia y la posibilidad de una vida propia, no concebida en función de los otros*” (Díez, 2000:158). Esta multiplicidad de roles y exigencias, sobre todo en mujeres con trabajos remunerados, suponen un elevado grado de conflictos, ya que deben elegir entre lo que se espera para ellas como madres y lo que se espera para ellas como trabajadoras.

Otra de las consecuencias que se deriva del Ideal Maternal, tal y como lo hemos descrito e intentamos seguir explorando en nuestra investigación, es la relación que se produce entre esta visión de la maternidad y el origen de la división del trabajo. Siguiendo a Maquieira (2001:167–168), vemos que la división del trabajo engloba la asignación de tareas, la lógica de retribuciones y recompensas y la conceptualización de lo que se entiende por trabajo. De este modo, al conceptualizarse que todo lo relativo a la reproducción corresponde a las mujeres, se deriva de ello que son las mujeres, precisamente, quienes se encargan de la crianza y de todo lo relativo al ámbito doméstico (Comas, 1995:35). En el análisis que realiza Imaz sobre este asunto, señala que, como se entiende –más bien, como se sobreentiende– que las mujeres deben dedicarse al cuidado y las atenciones derivadas de las criaturas y la casa, entonces “*los hombres se dibujan como personas sin ningún compromiso ni responsabilidad, por lo que son libres en el empleo de su tiempo*” (2008:91).

Ahora bien: una de las críticas realizadas a esta visión de la maternidad hegemónica en Occidente sugiere que se trata de una ideología cultural y de género, que naturaliza la participación de las mujeres en la reproducción social sobre la base de su fisiología, por lo que se orienta en contra de la necesidad del reparto del trabajo productivo y reproductivo entre hombres y mujeres. Sin cuestionar, claro está, que el papel de las mujeres pueda ser otro, o pueda ser vivido de otra manera (Esteban, 2000:209–210).

Todo este conjunto de naturalizaciones –en el sentido de que son afirmaciones que se han ido estableciendo, percibidas actualmente de una forma natural, ahistórica y asocial– siguen vigentes, aunque bajo formas tan complejas como nuevas. Así, los cambios legales y sociales que han permitido el acceso a la educación, a los derechos sexuales y reproductivos, al trabajo remunerado y a la autonomía para las mujeres, como también las nuevas formas de familia y de convivencia, entre otros, han contribuido a que se tengan muchos menos hijos e hijas y se focalice todo el cuidado y la atención en ellos/as.

3. MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo, dedicado a la metodología empleada en la investigación, no implica sólo dar cuenta de las técnicas utilizadas y su justificación, sino que además nos proponemos en él situar las lógicas y las condiciones bajo las que se ha desarrollado el trabajo de campo.

La primera parte del capítulo se organiza en tres apartados. En el primero de ellos, presentamos cómo el tema de estudio ha quedado acotado finalmente a una serie contextualizada de preguntas y respuestas bajo la forma de objetivos e hipótesis (3.1.). En el segundo, definimos cuál ha sido el diseño final de la investigación, las técnicas utilizadas, la población de estudio que ha participado y las variables que estructuran sus discursos y su variabilidad. A continuación, describimos el trabajo de campo y el análisis de los datos. En estos tres apartados se ubican pues los parámetros para que la información recogida en la investigación adquiera la coherencia necesaria en relación a las actividades desarrolladas en el campo.

En la segunda parte situamos la investigación en el marco de su desarrollo como etnografía, llevada a la práctica desde una institución de investigación sanitaria como es el Instituto de Salud Carlos III, y en instituciones sanitarias (centros de salud y hospitales del área 12), lo que a su vez nos da pie para reflexionar –para seguir reflexionando– sobre las relaciones que se establecen entre la tríada compuesta por la antropología, la salud pública y el modelo biomédico. A partir de estas consideraciones, revisamos entonces los alcances y los límites de la propia investigación (3.2.). Finalmente, cerramos este capítulo dejando constancia de cómo se ha articulado la perspectiva feminista en los anteriores aspectos de la investigación (3.3.).

El elevado grado de detalle que existen en algunos apartados pretenden ayudar a ubicar desde dónde, quién y cómo se han recogido los datos para proceder a ubicarlos, como señala Stoller (1974:129), dentro de una etnografía que reconoce el carácter limitado de su población, de los discursos y de las prácticas recogidas.

Estamos convencidas de que los hallazgos encontrados pueden contribuir a comprender mejor las dinámicas que subyacen a este fenómeno social y que dichos hallazgos nos permiten, percibir los cambios y continuidades que se han dado y se siguen dando en referencia a nuestro objeto de estudio.

3.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Nuestra investigación ha partido de dos **objetivos generales**, que reflejan la tensión que ha existido a lo largo de todo el proceso entre la teoría y la práctica. Hemos dirigido el estudio hacia una aplicación práctica, de modo que desde el conocimiento que surja en la investigación pueda, “en la medida de lo posible”, proponer cambios en la atención sanitaria. Por tanto, ha existido un claro compromiso con la realidad estudiada y con que el conocimiento debe servir para algo y para “alguienes”⁵².

Los objetivos generales son:

1. Analizar las ideologías y prácticas de género de la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio en el área sanitaria 12 de la Comunidad de Madrid, que corresponde a los municipios de Noceda y Villafranca.
2. Avanzar algunas propuestas en la integración de la perspectiva de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio en este área a partir de los resultados de la investigación.

Los **objetivos específicos** correspondientes al primer objetivo general son:

- 1.1. Estudiar la influencia del género en los discursos y prácticas de la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio en nuestra área de estudio y cómo éstas contribuyen al mantenimiento de unas relaciones desiguales entre hombres y mujeres.
- 1.2. Profundizar en las articulaciones del género con otros factores de desigualdad social como la clase social (nivel socioeconómico), la edad, y otras variables como la cultura (país) de origen, la situación laboral (empleo), el tener pareja (estable o no), el tipo de pareja (hombre o mujer), y su influencia en estas representaciones, discursos y prácticas de género de la atención sanitaria al proceso del epp.
- 1.3. Analizar la manera en que el personal sanitario encargado de atender este proceso, principalmente obstetras y matronas, contribuyen a la reproducción y al mantenimiento de estas ideologías y prácticas, y a sus transformaciones.

⁵² Este posicionamiento es lo que Didier Fassin (1999:54) denomina una antropología implicada sobre la relación y el compromiso con el objeto de estudio. Desde el feminismo también se propone el deber político para con las mujeres y la transformación de su posición de subordinación. Por último, al tratarse de una investigación realizada desde una institución sanitaria, se promueve que sus resultados sean aplicables y estén orientados a la práctica, como se ha explicado con mayor amplitud en otros textos (Blázquez, 2008:17-30).

1.4. Contrastar los modos en que estas ideas y actuaciones son aceptadas, cuestionadas y/o modificadas por las mujeres, sus parejas y su entorno familiar.

1.5. Indagar a este respecto en los planteamientos y propuestas de asociaciones de profesionales (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), de asociaciones de mujeres a favor de la lactancia materna (La Liga de la Leche) y de asociaciones a favor de la desmedicalización del parto (El Parto Es Nuestro y Nacer en Casa).

1.6. Profundizar en las interrelaciones, así como también en los conflictos y contradicciones que surgen a este respecto entre los/as distintos agentes sociales, y entre los diferentes ámbitos.

A partir de estos objetivos específicos, elaboramos una serie de **hipótesis**:

En la atención al embarazo, parto y puerperio del Área 12 de la Comunidad de Madrid, están implícitas unas determinadas representaciones y se llevan a cabo unas prácticas asistenciales específicas que refuerzan las relaciones desiguales entre hombres y mujeres. Esta desigualdad se concreta sobre todo en la promoción de la centralidad de la maternidad en la vida de las mujeres, en una atención biologicista, medicalizada y uniformizadora, en la organización productivista de la asistencia, dónde prima el producto resultante del proceso –la criatura– desde una visión androcéntrica, y en la relegación de los hombres de todo el proceso.

1. Una consecuencia tangible de lo anterior supone la naturalización del epp, invisibilizando el carácter sociocultural que lo define.

2. En este proceso de subordinación, el género está articulado con otros factores de desigualdad social como la clase social (nivel socioeconómico) y la edad, así como con otras variables como la cultura/país de origen, la situación laboral (empleo), tener pareja (estable o no) y el tipo de pareja (hombre o mujer); conjunto de factores que en definitiva provocan diferentes grados y modos de desigualdad.

3. A pesar de que el personal sanitario (obstetras y matronas) y las asociaciones científicas de profesionales comparten discursos y están implicados en unas prácticas que favorecen la desigualdad, se aprecian diferencias significativas entre ellos. Estas diferencias se encuentran sobre todo en relación al perfil profesional (obstetra, matrona, enfermera), al sexo/género (hombre, mujer), a la experiencia y formación laboral (años de trabajo en el puesto y lugar del puesto de trabajo, nivel formativo), y a la ideología político-profesional (progresista o tradicional) y de género.

4. El personal sanitario que tiene una mirada más igualitarista suele tender a incorporar, en el día a día, algunas y/o todas los siguientes aspectos:

- La diversidad de las mujeres, intentando personalizar la atención.
- Una visión más equilibrada de todos los aspectos de la vida de las mujeres.
- Una superación de las visiones fragmentadas del epp.
- Intentar evitar la medicalización del proceso.
- Dar autonomía a las mujeres mediante la información y a la toma de decisiones.
- Integrar a las parejas de las mujeres y a su entorno familiar.

5. Las mujeres, en el proceso de socialización y a través del contacto con el ámbito sanitario, han incorporado los esquemas subordinantes de género, pero presentan a su vez planteamientos propios, y diversos en base a su clase social (nivel socioeconómico), cultura (país) de origen, edad, situación laboral (empleo), tipo de relación de pareja (igualitaria o no), experiencias gineco-obstétricas anteriores, e ideologías de género.

6. Las principales tensiones que se ponen de manifiesto entre las mujeres y el personal sanitario se relacionan con aspectos como la centralidad de la maternidad, el biologicismo, la uniformización, la necesidad de medicalizar, el poseer control sobre el epp mediante el acceso a los recursos (información, atención, recursos sociales y personales)–, la toma de decisiones y la participación de la pareja.

7. Las asociaciones de mujeres –El Parto Es Nuestro, La Liga de la Leche y Nacer en Casa– inciden también en la necesidad de modificación de estas ideologías. Plantean alternativas al discurso del personal sanitario sobre la base de la evidencia científica de otros países y de organizaciones de salud, enfatizando una visión “fisiológica”, desmedicalizada y a favor de la lactancia materna, donde la mujer tenga más control sobre su propio proceso. Sin embargo, ponen en juego también una visión esencialista del embarazo y de la maternidad que perpetúa, entre otros aspectos, la división sexual del trabajo entre mujeres y hombres.

8. Existe cierta ambigüedad en los discursos y prácticas del sistema sanitario sobre la participación de las parejas masculinas de las mujeres. Por un lado, se les responsabiliza del cuidado, tanto de la pareja como de la nueva criatura y, por otro lado, se les “invita” a que se queden al margen ya que estos asuntos pertenecen a las mujeres.

3.2. DISEÑO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado dejamos clara constancia tanto de las variaciones entre el diseño y su puesta en práctica, como de las decisiones tomadas respecto a la elección de la población de estudio, las técnicas utilizadas, la producción y recogidas de datos, el trabajo de campo y el análisis de los datos. Una de las claves para analizar dichas variaciones se relaciona con el “ir y venir” entre el trabajo de campo y el trabajo de mesa⁵³.

El método de esta investigación, queda ya dicho, es la etnografía, que se caracteriza por ejercer una mirada antropológica y por un conjunto de métodos concretos a la hora de recoger datos que, a su vez, constituyen el producto del trabajo.

La mirada antropológica puesta en juego en nuestra investigación puede ser definida de la siguiente manera:

“Es un proceso continuado de investigación en el que hay que seguir ciertas normas antropológicas. Primera, intentar dejar a un lado las propias preconcepciones o estereotipos sobre lo que está ocurriendo y explorar el ámbito tal y como los participantes lo ven y lo construyen. Segunda, intentar convertir en extraño lo que es familiar, darse cuenta de que tanto el investigador como los participantes dan muchas cosas por supuestas, de que eso que parece común es sin embargo extraordinario, y cuestionarse por qué existe o se lleva a cabo de esa forma, o por qué no es de otra manera (Erickson 1973, Spindler y Spindler 1982). Tercera, asumir que para comprender por qué las cosas ocurren así, se deben observar las relaciones existentes entre el ámbito y su contexto, por ejemplo, entre el aula y la escuela como un todo, incluyendo la comunidad, la comunidad a la que pertenece el profesor, la economía, etc. Siempre se debe realizar un juicio sobre el contexto relevante y se debe explorar el carácter de este contexto hasta donde los recursos lo permitan. Cuarta, utilizar el conocimiento que uno tenga de la teoría social para guiar e informar las propias observaciones” (Wilcox, 1993; en Jociles 1999a:9).

Para aprehender la realidad, la etnografía se vale tanto de técnicas cuantitativas como de técnicas cualitativas y proposiciones teóricas muy dispares. A este respecto, Maribel Jociles nos comenta que:

“La etnografía no es –en contra de la opinión de algunos– un 'paradigma' que exija forzosamente que se asuman ciertos posicionamientos teóricos, metodológicos y técnicos, sino un método de investigación sumamente flexible que facilita su adaptación a circunstancias de estudio muy variopintas. Tanto es así que, en la historia de la antropología, encontramos investigaciones etnográficas para todos los gustos: desde las que parten de postulados funcionalistas hasta las que expresamente los impugnan, desde las omnicomprensivas hasta las centradas en un

⁵³ El “ir y venir” entre el trabajo de campo y el trabajo de mesa correspondería a cómo describir, traducir, explicar e interpretar (Velasco y Díaz de Rada, 1997:41), previo al trabajo de campo aunque se prolongue durante éste (Hammersley y Atkinson, 1994:191).

tema, desde las que restringen su alcance teórico a la descripción cultural hasta aquellas otras que aspiran a proponer generalizaciones empíricas y/o teóricas, desde las que persiguen la generación de teorías hasta las que se deciden por la contrastación de las mismas, desde las que se interesan por una sola cultura hasta las que introducen en su diseño la comparación intercultural; es más, estos ingredientes aparecen mezclados de muy distintas maneras en cada una de ellas” (1999a:16).

Optar por una etnografía sanitaria no se deriva simplemente de la formación antropológica de la investigadora, sino también de la necesidad de explorar desde otros marcos –teóricos y metodológicos– cómo se conforma la atención al epp, sus insuficiencias y la complejidad de los elementos que están imbricados en la misma, relativos en nuestro caso a las ideologías y prácticas de género. Desde ahí, supone una continuidad con otras etnografías sanitarias realizadas en nuestro país como, por citar algunas, de José M^a Uribe (1996) sobre los centros de salud de atención primaria, Xavier Allué (1999) sobre las urgencias hospitalarias, José Fernández Rufete (1997) sobre la atención hospitalaria de los servicios de medicina interna a personas con sida, o Marta Allué (1996), Comelles (2000) y Ángela Pallares (2003) sobre las unidades de cuidados intensivos.

3.2.1. Técnicas de investigación

En esta investigación etnográfico–sanitaria hemos optado por utilizar algunas de las principales técnicas empleadas frecuentemente en esta disciplina, tales como la observación participante, las entrevistas individuales y grupales y el análisis documental.

3.2.1.1. Observación participante

Es ésta la técnica central de la etnografía, y en nuestra investigación estructura el proceso de análisis y la recogida de los discursos y las prácticas de los sujetos sociales. Steven J. Taylor y Robert Bogdan señalan al respecto que la etnografía “*involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo*” (1996:31).

Las tensiones derivadas del uso de esta técnica se vinculan con la triangulación entre el estar allí, el participar en el proceso y el observar. En este sentido, James P. Spradley apunta importantes consideraciones:

“En primer lugar, porque –en su opinión– él «no baja la guardia» dando las cosas por supuesto; en segundo lugar, porque presta atención a los aspectos culturales tácitos de una situación social dada; en tercer lugar, porque tiene una experiencia desde dentro y desde fuera de tal situación por su doble condición de participante y de observador, es decir, porque enriquece sus datos con estrategias tanto de aproximación como de distanciamiento; y, en cuarto lugar, porque efectúa un registro sistemático de los mismos” (1980; en Jociles, 1999:28).

Siguiendo a Manuel Amezcu (2000:30), vemos que esta técnica no ha sido especialmente empleada en la investigación sanitaria por las dificultades conceptuales para su reconocimiento, como por ejemplo la distancia con la población de estudio, y por los requerimientos productivos de la investigación, que buscan recoger el máximo de información en el menor tiempo posible. Aunque la observación es una práctica necesaria para el aprendizaje sanitario –basta fijarse en la cantidad de profesionales acompañados de estudiantes en los actos sanitarios–, este tipo de relaciones siempre son asimétricas, pues forman parte de la relación docente–discente, y su objetivo no es el análisis de lo que allí está sucediendo, por lo que existe poco reconocimiento de la observación por el personal sanitario. Éste la identifica como subjetiva y con poco valor científico. Sin embargo, dentro de la antropología y desde otras experiencias dadas en la investigación sanitaria, la observación participante tiene una gran importancia pues entre otras consideraciones esenciales permite:

- Un primer acercamiento a problemas nuevos, ya que en *“muchos casos es el único método para empezar a conocer lo desconocido”* (García y Sanmartín, 1986:128).
- Recoger información sobre las contradicciones entre *“lo que se dice”, “lo que se dice que se hace”* y *“lo que en realidad se hace”* (Jociles, 1999a:28); es decir, las contradicciones existentes entre los discursos y las prácticas.
- Estar presente en los ambientes naturales donde acontecen los discursos y las prácticas de los diferentes agentes sociales (Guasch, 1997:15; Sanmartín, 2005:155).

Desde las posturas reseñadas hemos optado por entender y hacer nuestra este tipo de observación, entendiéndolo como el mejor instrumento a la hora de alcanzar nuestros objetivos, máxime en un tipo de investigación como es la investigación doctoral, donde cobran gran relevancia el aprendizaje y la innovación.

Los sitios donde se ha realizado la observación se describen en la siguiente tabla, en la que se deja constancia de la secuencia temporal del trabajo de campo, de los tiempos, de la duración de la misma y de la población observada:

Tabla 4. Descripción de la observación participante.

	Lugares de observación	Inicio y fin	Duración (días)	Población observada (número)
NOCEDA	Consulta de tocoginecología	10/2005 a 01/2006	35	5 obstetras, 2 enfermeras y 275 mujeres
	Primer centro de salud	01/2006 a 06/2006	40	1 matrona, 30 mujeres y 15 parejas
	Segundo centro de salud	03/2006 a 05/2006 10/2006	20	1 matrona, 20 mujeres y 10 parejas
	Servicio de paritorio	03/2006 a 05/2006	14	5 obstetras, 10 matronas, 4 auxiliares y 40 mujeres
VILLAFRANCA	Primer centro de salud	11/2006	4	1 matrona y 10 mujeres
	Consulta de tocoginecología	03/2007 a 06/2007	20	5 obstetras, 2 enfermeras y 300 mujeres
	Segundo centro de salud	04/2007 a 06/2007	12	1 matrona, 20 mujeres y 10 parejas
	Servicio de paritorio	10/2007 a 12/2007	14	5 obstetras, 10 matronas, 4 auxiliares y 40 mujeres
	Servicio de puerperio	12/2007 a 01/2008	7	4 obstetras, 10 enfermeras, 5 auxiliares, 35 mujeres y 10 parejas

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

Como se puede apreciar, el trabajo de campo se inició en octubre de 2005 y se concluyó en enero de 2008. Hasta octubre de 2006 se llevó a cabo en Noceda, para luego seguir su curso en Villafranca. Las discontinuidades y el aumento de los meses en la tarea de observación son mayores de los que inicialmente nos habíamos planteado, tanto por requerimientos de los centros como de la institución financiadora de la investigación. Estos aspectos serán discutidos en el siguiente apartado de este capítulo.

Por otra parte, se ha realizado observación en diferentes espacios relacionados con la atención sanitaria al epp, que quedan reflejados en la siguiente relación:

Reuniones de asociaciones

- Asociación El Parto Es Nuestro: asistencia a tres reuniones en Madrid, en locales públicos, durante junio a noviembre de 2004. Posteriormente, también en octubre de 2007.
- Asociación Nacer en Casa: visita de su sede en Madrid en junio 2006.
- Asociación La Liga de la Leche: asistencia a una reunión en Villafranca, 2006.

Encuentros coordinados por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo

- II Foro: Reflexiones En Torno Al Nacimiento, 19/12/2005.
- III Foro. Taller de Indicadores de Calidad en la Atención al Embarazo, Parto y Puerperio, 28/11/2006.
- Reunión de expertos para elaborar y consensuar la propuesta de Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el Sistema Nacional de Salud, 19/09/2007.

3.2.1.2. Entrevistas individuales y grupales

Las entrevistas se han planteado desde el diseño de la investigación como una técnica complementaria, mediante la que poder profundizar en la recogida de la información que fuera surgiendo a partir de la observación. De esta manera, el uso de dicha técnica ha estado condicionado a la observación participante, y parte de las entrevistas se realizaron dentro de los tiempos de observación, en los que además fueron captadas las personas entrevistadas.

En esta investigación se han empleado tres tipos de entrevistas:

- Entrevistas individuales abiertas: son las que inicialmente nos habíamos planteado para acceder a la información más difícil de observar, para profundizar en los discursos surgidos en la observación y para recoger las visiones personales. En el caso de las mujeres y de algunas matronas, tuvieron lugar fuera de los servicios sanitarios, tanto en domicilios como en lugares públicos (cafeterías y parques).
- Entrevistas grupales semiestructuradas: han sido realizadas a mujeres a la finalización de los cursos de preparación grupales del embarazo de los centros de salud, a profesionales que solicitaron la entrevista en grupos, o cuando las personas entrevistadas invitaron a participar a compañeras y a parejas en sus domicilios.
- Conversaciones surgidas en el trabajo de campo: muy bien aceptadas, en el sentido de que las entrevistadas no tenían prisa por concluir y mostraban interés en nuestro diálogo.

En la siguiente tabla se recoge el número final de personas entrevistadas, su perfil y el lugar donde tuvo lugar la entrevista, que es un dato que revela la emergencia de determinados temas y no de otros, y la duración de la misma. Entre paréntesis se señala el número de encuentros mantenidos.

Tabla 5. Tipos de entrevistas y duración.

Tipo de entrevista		Nombres ficticios	Duración
MUJERES Y HOMBRES			
NOCEDA	1. Grupal	Laura, Sonia, Sara y Celia	120 minutos
	2. Individual (2)	Ester	30 minutos cada una
	3. Individual (3)	Cristina	35 minutos cada una
	4. Individual	Remedios	45 minutos
	5. Individual	Judith	45 minutos
	6. Individual	Julia	120 minutos
	7. Individual	Hortensia	45 minutos
	8. Individual	Ángel	60 minutos
VILLAFRANCA	9. Individual	Natalia	150 minutos
	10. Individual	Irene	45 minutos
	11. Pareja	Carmen y Óscar	120 minutos
	12. Pareja (2)	Rosa y Fernando	30 minutos cada una
	13. Pareja (3)	Leticia y Paco	45 minutos cada una
	14. Individual	Raúl	45 minutos
	15. Individual	Mercedes	30 minutos
PROFESIONALES SANITARIAS			
NOCEDA	1. Grupal	Rosario y Azucena	60 minutos
	2. Individual (3)	Patricia	30 minutos cada una
	3. Individual (2)	Pedro	30 minutos cada una
	4. Individual	Montse	45 minutos
	5. Individual	Sol	60 minutos
	6. Individual	Marta	60 minutos
	7. Individual	Amaya	45 minutos
	8. Individual	Jorge	60 minutos
	9. Individual (2)	Candela	30 minutos cada una
	10. Individual	Almudena	30 minutos
VILLAFRANCA	11. Grupal	Pilar y Mamen	60 minutos
	12. Individual (2)	Julieta	30 minutos cada una
	13. Individual (2)	Margot	30 minutos cada una
	14. Individual	Eva	30 minutos
	15. Individual	Saray	45 minutos
	16. Individual	Nuria	45 minutos
	17. Individual (2)	María	30 minutos cada una
	18. Individual	Beatriz	45 minutos
	19. Individual	Candela	45 minutos
	20. Individual	Jimena	60 minutos
	21. Individual	Matilde	45 minutos
	22. Individual	Elena	30 minutos

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

Todas las personas fueron contactadas a través de la observación, por lo que había cierto conocimiento que permitió establecer una relación de confianza para plantear una entrevista abierta en profundidad (Vallés, 1997:177-234). Aunque se ha aspirado a dejar que el orden, los temas que surgieran y la profundidad fueran marcadas por las

personas entrevistadas, en algunas de ellas el guión de la entrevista (anexo 1) ha resultado un condicionante para ello. Por ejemplo, en aquellas entrevistas en las que las personas entrevistadas pidieron conocer el guión antes de empezar la entrevista, ellas mismas se ajustaron al mismo y fueron haciéndolo presente. En otros casos, ha sido la necesidad de la propia investigación de profundizar y buscar sólo determinados temas de este guión lo que ha cerrado el planteamiento de la entrevista⁵⁴.

3.2.1.3. Análisis documental

La tercera técnica empleada ha sido la recogida y análisis de documentos escritos sobre la atención sanitaria y el epp. Por un lado, todos aquellos documentos que normativizan como protocolos y programas. A una parte de estos documentos no se nos ha permitido su acceso durante la investigación, como señalaré más adelante.

Además, a lo largo de la observación se han ido recogiendo todo tipo de documentos que se les entregaban a las mujeres y que, por tanto, tenían un valor normativo para ellas. En la medida en que hemos avanzado en la investigación, se han ido incorporando otros materiales, tales como legislaciones, noticias en los medios de comunicación escrita, Internet, y otro tipo de publicaciones, como libros divulgativos sobre el epp.

El contacto con otras profesionales que atienden este proceso, con mujeres que estaban viviendo esta experiencia y con asociaciones y grupos de salud, a través de cursos, foros y otros eventos durante los meses del trabajo de campo, nos ha permitido conocer otros materiales de diferentes lugares de la geografía española.

Parte de la información que utilizan las mujeres y las asociaciones no pertenece a los circuitos científicos ni son publicaciones formales, tales como páginas web, reuniones y jornadas no publicadas y folletos elaborados por las mismas. Sin embargo, todas estas diversas fuentes construyen discursos y propuestas sobre el epp y su atención, por lo que hemos considerado que era importante incorporarlas al análisis.

3.2.2. Población de estudio

La población que ha participado en la investigación está constituida, por un lado, por las profesionales, y por otro lado, por las pacientes y sus acompañantes, sobre todo las

⁵⁴ Las restricciones temporales del trabajo de campo, derivadas de los tiempos establecidos de observación en cada centro y del avance en el proceso del embarazo en las mujeres, han ido imponiendo esta necesidad de priorizar la búsqueda de determinada información.

mujeres y sus parejas. En el diseño de la investigación fueron señaladas una serie de variables consideradas a priori –por la información disponible en los estudios publicados– como estructurantes de los diferentes discursos y prácticas sobre el epp. En este apartado presentamos dichas variables, que explican la diversidad de “*espacios de puntos de vista, para poner de manifiesto visiones del mundo antagónicas o diferentes*” (Bourdieu, 2002:9), señalando los cambios entre las cuestiones planteadas al inicio de la investigación y el lugar que finalmente han ocupado en ella. Estas variables no han sido utilizadas para seleccionar a la población participante, ya que no ha habido criterios de exclusión, sino que hemos conversado y tomado notas de todas las mujeres y las profesionales que han estado presentes en los lugares de observación, y que han consentido participar en el estudio. Para ello, primero nos centramos en aquellas en relación las mujeres y luego pasamos a las concernientes a las profesionales sanitarias.

3.2.2.1. *Mujeres*

Al comienzo de la investigación definimos una serie de variables que estructuran los discursos de las mujeres en torno a la atención sanitaria, sus ideologías y prácticas de género y su experiencia del epp, variables que son: cultura/país de origen, clase social, edad, experiencias gineco–obstétricas (como ser madres), situación laboral y tipo de parejas. Pasamos ahora a explicar cada una de ellas con detalle:

Cultura/País de origen: el porcentaje de mujeres extranjeras es elevado en este área sanitaria (en Villafranca el 15,2% y en Noceda el 12,64%) y, además, constituyen el grupo poblacional en el que consta un mayor número de nacimientos, por lo que resultan más visibles en los centros en los que se concentró nuestro estudio. Este hecho también se vincula con que parte de la población autóctona no lleva el seguimiento de su embarazo en el sistema público, y por eso se hacen mucho más visibles las mujeres extranjeras.

La principal característica a valorar es la gran diversidad de países de origen y de situaciones previas sobre su salud y sus condiciones de vida presentes en España. Cuantificando los datos que se han registrado en las observaciones de las consultas de obstetricia de control y seguimiento del embarazo, representan en torno al 25% del total, lo que significa que de cada 4 pacientes hay 1 extranjera, y generalmente a lo largo de una jornada suele haber unas 3 mujeres extranjeras, con variaciones por días. Si tenemos en cuenta las procedencias por continente, el mayor porcentaje de mujeres son de África, ya que el primer grupo por zonas son las del Magreb. Luego las de la Unión Europea, incluidas las de países del Este, que constituyen el segundo grupo en

acudir, con muy poca diferencia numérica con respecto a las mujeres del Magreb. Y, por último, mujeres originarias de Latinoamérica. Además, existen algunas mujeres de Asia, menos numerosas, que acuden a las consultas. Estos datos coinciden con los descritos en el marco etnográfico sobre los nacimientos en la Comunidad de Madrid.

Ser extranjera con respecto a este proceso tiene importancia en varios sentidos:

- Por los nichos laborales que ocupan, habitualmente en el ámbito doméstico, bien como cuidadoras o bien como limpiadoras, y porque suelen carecer de contratos laborales. Como consecuencia de estas condiciones laborales, las posibilidades para acudir a los servicios y para cuidarse dependen de la persona que las emplea ya que no tienen los mismos derechos que el resto de las mujeres en relación al riesgo de protección del embarazo, baja o permiso maternal⁵⁵. También ocupan otros puestos laborales, definidos como manuales, en supermercados, centros comerciales, peluquerías, tintorerías, como los más destacados. En estos espacios encontramos tanto a mujeres extranjeras como madrileñas, que manifiestan tener similares problemas en cuanto a su situación laboral y a la posibilidad de acudir al sistema sanitario.
- Por disponer de otra cultura sobre los cuidados del embarazo, otro tipo de hábitos alimenticios que en algunas ocasiones puede incidir en algunos problemas tipo diabetes gestacional, y un control tardío del embarazo. Pero, como presentaremos en el capítulo 7, esto no se traduce en peores resultados de salud de ellas ni de sus criaturas.
- Por el desconocimiento del idioma. El hecho de que algunas mujeres extranjeras no manejen la lengua, obliga a que alguien haga de intérprete en las interacciones sanitarias.
- Por el desconocimiento del sistema sanitario español. Esta variable resulta especialmente importante en relación a aspectos como citas, pruebas, cuidados generales, consentimientos y/o resultados, lo que produce que algunas mujeres confundan los lugares de las citas y lleguen a la consulta del centro de especialidades después de ir al hospital, no entiendan las dietas, cuándo deben ir al hospital por una situación de urgencia, como ejemplos; problemas que también sucede, por otra parte, con las mujeres de aquí.

En conjunto, el país de origen resulta una variable de crucial importancia a la hora de explorar las diferencias que establece el personal sanitario entre las mujeres, pues en

⁵⁵ A pesar de que con la Ley de Igualdad se han ampliado los criterios mínimos para dar más derechos a las mujeres que trabajan como empleadas domésticas, todavía es uno de los gremios que goza de menos oportunidades, a lo que se sumaría el estatus de irregularidad de este tipo de trabajos (tanto para las madrileñas como extranjeras), junto con la situación de falta de residencia legal en éstas últimas.

base a su procedencia presuponen que no cuidaran su salud, que no seguirán los consejos, que no comprenderán las informaciones y otros aspectos que iremos mostrando en la investigación.

Clase social: es una de las variables que más se utiliza para entender las diferencias tanto en la salud como en los estilos de vida, y en el acceso y en el uso de los servicios sanitarios. Sin embargo, como indica Carme Borrell (2004:72-85), la clase social plantea algunas dificultades puesto que se puede medir de diferentes formas: según el nivel de estudios, ocupación y/o ingresos económicos. En nuestra investigación hemos considerado esta variable de la siguiente manera:

En primer lugar, el nivel de estudios no aparece como un elemento determinante en las configuración de esta experiencia, puesto que independientemente de éste, desde las mujeres con estudios superiores a las mujeres con estudios inferiores, todas comparten la preocupación, el interés y la práctica de instruirse sobre el epp, acuden al sistema sanitario y tienen integrado el concepto de salud y cuidado, ya que priman más las visiones sobre la importancia del embarazo y de la criatura que el nivel educativo. Pero sí se ha revelado importante, el hecho de que la formación educativa, que permite a las mujeres tener más recursos para relacionarse con el ámbito sanitario, y que las profesionales las reconozcan y les den más y mejor información. Sin embargo, nos encontramos con mujeres con un alto nivel educativo, universitarias por ejemplo, que revisten de cientificismo y de objetividad los saberes biomédicos y sus prácticas, sin entrever que encierran ideologías y experiencias personales en la atención y con sus profesionales y, por tanto, no cuestionan sus mandatos.

En segundo lugar, la clase social se ha medido a partir del nivel de ingresos económicos. Ante un acontecimiento como el embarazo, se detecta que todas las mujeres invierten en sus cuidados, en su alimentación, compran suplementos vitamínicos, intentan realizar pruebas del tipo de la ecografía tridimensional, e incluso acceden paralelamente a la asistencia privada. Las mujeres, independientemente de la clase social, cumplen con las expectativas económicas y sociales, cubriendo los costos que demanda esta experiencia, aunque desconocemos si algunos de estos recursos proceden de otras personas que no sea la pareja (por ejemplo, algunas comentan que la ecografía fue un regalo de la familia), o de la privación de otros aspectos de sus vidas como vacaciones y ocio. Así, la mayoría de las mujeres se han efectuado una ecografía tridimensional durante su embarazo, independientemente de la situación económica detectada, y aquellas mujeres que no la han hecho no ha sido por el coste económico

sino por otras razones, como la no necesidad de ver a sus fetos, el desconocimiento del coste o de los centros que las realizan, entre otras.

Donde se percibe que los ingresos económicos influyen especialmente es en la posibilidad de pensar en otras alternativas, como acudir a centros privados para el control del embarazo, participar en cursos en centros privados (Nacenia o la Asociación Nacer en Casa), buscar atención al parto en centros privados o naturistas (Acuario, Casa Mitjons, Titania Tascó, Marenostrom), en el propio domicilio, o tener una acompañante durante todo el proceso (tipo doula⁵⁶). Todas estas alternativas tienen un coste elevado, por lo que se limita su accesibilidad, lógicamente, sólo a determinados grupos, o a mujeres que forman parte de mutualidades privadas conveniadas con algunos centros.

En el puerperio, en cambio, los ingresos económicos influyen más en las decisiones que se toman sobre si las mujeres deben trabajar o no, donde también interactúan otros factores como las condiciones laborales de las mujeres, los ingresos de la pareja y los deseos de seguir trabajando después de la maternidad.

En tercer lugar, la clase social se ha relacionado con la ocupación⁵⁷. Sin embargo, en las mujeres entrevistadas y observadas durante el trabajo de campo, se refleja que existe un grupo numeroso de mujeres que trabajan en diferentes profesiones según la demanda del mercado, pues tienen una formación muy general (primaria, BUP o bachillerato). Por todo ello, las ocupaciones conformarían una variable significativa, no tanto por su vinculación con la clase social, sino por sus condiciones laborales y los riesgos del mismo para la salud de las mujeres.

En nuestro contexto, la mayoría de las mujeres que acuden a la sanidad pública para la atención de su epp son de clase media y baja, ya que las mujeres de clase alta utilizan en mayor medida los recursos sanitarios privados. El mayor número de intervenciones médicas en nuestro contexto es uniforme para todas las mujeres, excepto para aquellas que negocian con sus profesionales y toman una actitud más activa, lo cual no depende

⁵⁶ Las doulas son mujeres, en su mayoría madres, que acompañan a otras mujeres durante el epp tanto en el hospital como en sus casas. Su labor fundamental es dar soporte físico y emocional, lo cual ha sido relacionado en diferentes estudios con un menor índice de cesáreas, una menor duración del parto, menos uso de anestesia epidural, de fórceps, mayor satisfacción, menos ansiedad y depresión postparto. Surgieron hace unos 20 años en EEUU, aunque parece que anteriormente ya había figuras con este nombre en países como Filipinas (Raphael, 1973; 1985). En su pagina web (www.doulas.es/) describen su función como: *“Te enseñará a confiar en tu cuerpo, invitándote a ser la verdadera protagonista del parto, junto con tu bebé y será tu apoyo incondicional durante el parto y el puerperio, acompañándote en la búsqueda de la mamá que llevas en tu interior, y que es la mejor madre para ese bebé”*.

⁵⁷ Siguiendo la clasificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (Grupo SEE y Grupo SEMFyC, 2000: 350-363), las ocupaciones se codifican desde clase I, que serían los directivos y altos profesionales, a la clase V, formada por trabajadores manuales. En caso de que la mujer no esté ocupada fuera del hogar, suele tomarse de referencia o bien la ocupación del “marido” o bien la del anterior puesto de trabajo remunerado en que estuvo ocupada.

de la clase social sino de las experiencias previas en relación a la atención sanitaria y de los recursos personales o actitudes que tengan.

Edad: se han diferenciado tres rangos de edad entre las mujeres entrevistadas: las que tienen menos de 25 años, las de 25 a 35 años y las de más de 35 años. Explicamos a continuación la elección de cada uno de estos rangos:

Las mujeres menores de 25 años son las consideradas jóvenes dentro de los programas de salud. Por tanto, son mujeres que se piensa que no son todavía adultas y sus vidas deben girar en torno a otros aspectos que no sean la maternidad. En los datos oficiales de la Comunidad de Madrid y del conjunto de España, representan sólo el 10% del total de nacimientos (INE, 2008); de los datos de la observación de campo se constata que son tanto mujeres extranjeras como madrileñas. Durante el trabajo de campo se extrae la conclusión de que el nivel de estudios de la mayoría de ellas es inferior al universitario, existiendo madres jóvenes tanto con estudios primarios como secundarios. En este grupo encontramos diferentes situaciones:

- Aquellas que ya tienen otro hijo o hija y éste es el segundo embarazo, por lo que su embarazo sólo supone una continuidad de su situación de ser madres, bajo la idea de que las hijas e hijos no tengan muchas diferencias de edad.
- Aquellas para las que es su primer embarazo, pero las mujeres de sus grupos de referencia (madres, tías o hermanas) han tenido las hijas e hijos también jóvenes.
- Aquellas con relaciones de pareja que ellas valoran como estables (las definen como de más de dos años de duración y convivencia conjunta) y desean tener hijos e hijas. Algunas no tienen ningún empleo, es decir, trabajan en el ámbito doméstico.
- Aquellas con trabajos precarios o malas situaciones laborales (inestabilidad, contratos parciales y de corta duración, bajos sueldos) o que acaban de entrar en el paro y piensan que es un buen momento para quedarse embarazadas.
- Aquellas cuyos embarazos no eran buscados y han decidido seguir adelante. Cuanto más jóvenes son, más posibilidades tienen de ser preguntadas por sus profesionales si quieren continuar con el embarazo.

De estos dos últimos tipos de mujeres, algunas refieren que son las únicas de sus grupos de amistad que tienen criaturas. Sin embargo, no perciben que les va a suponer una limitación o cambio en sus relaciones sociales, especialmente cuando los embarazos han sido buscados y deseados.

En Madrid, las mujeres de 25 a 34 años representan el 63% del total de nacimientos (INE, 2008), situándose la edad media del primer embarazo a los 31 años. En este

grupo existe heterogeneidad, desde mujeres que se encuentran en su primer embarazo a otras que es su segundo embarazo o posterior. Aparecen en este grupo mujeres con todos los niveles educativos y ocupaciones: desde las que trabajan en casa hasta profesionales de todas las clases sociales. En la mayoría de los casos han decidido el embarazo, *“era lo que tocaba”*, o por lo menos no manifiestan que no saben qué van a hacer. Tienen una relación sólida, una posición laboral que ellas consideraban estable y por tanto reúnen las condiciones que socialmente se determinan para decidir un embarazo.

Las mujeres mayores de 35 años suponen el 27% del total de nacimientos (INE, 2008). En los protocolos, esta edad se señala como factor de riesgo, habiendo algunas diferencias entre aquellas mujeres que tienen su primer embarazo o las que repiten. Suelen ser mujeres que han pospuesto su maternidad bien por su desarrollo profesional, bien por no tener una pareja estable o bien por otras condiciones, y ahora se plantean que quieren ser madres. Un grupo lo representan mujeres con un gran deseo de maternidad, y a partir de esto las expectativas con respecto a su epp pueden variar; otras mujeres han esperado varios años para tener otro embarazo; y otro grupo de mujeres no pensaba quedarse embarazadas por su edad. Aquí entrarían también otras mujeres que ya tenían otros hijos e hijas y que se quedan embarazadas pero no lo desean. A la mayoría de estas mujeres, según lo observado, y a diferencia de los otros grupos, no se les dan opciones para que piensen si quieren el embarazo o no. La mayoría de las veces se da por hecho y ellas mismas asumen continuarlo y tener a la criatura.

En las mujeres entrevistadas hay mayor presencia de este último grupo de mujeres (mayores de 35 años) y de mujeres de 30 a 35 años, coincidiendo con el mayor número de partos que, según los datos estadísticos, se da en estos cinco años.

Resumiendo, la edad se relaciona con varios aspectos: primero, con tener una determinada edad, que en los protocolos y programas es considerado un factor de riesgo. Segundo, la edad permite que las mujeres tengan diferentes recursos personales para manejar éste y otros procesos. Y tercero, las propias mujeres han interiorizado la importancia de la edad desde el riesgo y desde la idoneidad para ser madre a determinadas edades y, en las entrevistas, se sitúan a partir de esta variable. Por tanto, incluimos la edad de cada mujer entrevistada a lo largo de la tesis.

Experiencias gineco-obstétricas anteriores: las mujeres que previamente han acudido al sistema sanitario por algún problema ginecológico o por embarazos anteriores, conocen los centros, a algunas profesionales y ciertos aspectos del funcionamiento

sanitario. En consecuencia, estas experiencias les sirven de guía, a la vez que también las condicionan en sus actuaciones en el epp.

En la muestra aparece un grupo específico, el constituido por aquellas mujeres que han tenido problemas reproductivos. Este hecho provoca que tengan y expresen unas demandas concretas, porque al volver a estos espacios reviven y recuerdan sus experiencias pasadas, conocen el itinerario asistencial y piden más y mejor información. Sin embargo, la mayoría de las mujeres, la primera vez que acude a un centro hospitalario a las consultas de especialidades es durante el embarazo, lo que produce que tengan menos conocimiento sobre este medio y, a su vez, que estén menos condicionadas sobre el tipo de atención y sus profesionales.

Dentro de esta variable se encontrarían las experiencias previas de maternidad, que sí se sitúan como un elemento estructurante en la diversidad de discursos sobre el epp y las actuaciones de las mujeres en el ámbito sanitario. Aquellas mujeres que ya han sido madres comparan sus nuevas experiencias, las informaciones que reciben, la atención y otros aspectos con las anteriores. Desde ahí, buscan aspectos que no vivieron en sus anteriores procesos de epp, como muestran algunas mujeres que no “parieron” pues el parto fue por cesárea y en este embarazo quieren intentar parir; o las que no pudieron amamantar y ahora lo quieren hacer, o viceversa; las que utilizaron la epidural y ahora les gustaría parir sin ella, o al contrario... De las mujeres entrevistadas, más de la mitad había sido previamente madre y de ellas, dos, junto con otras mujeres encontradas en los grupos de preparación grupal del embarazo, refirieron cómo sus anteriores experiencias negativas influían en la actual.

Situación laboral: con esta variable aludimos al trabajo, tanto dentro como fuera de casa, independientemente de las condiciones de valor, económicas y características que tenga cada uno de estos tipos de trabajo. El trabajo remunerado impone unas condiciones físicas y psicosociales que influyen sobre la salud (lo que se revisa en los riesgos laborales) y, por otro lado, determina los tiempos que tiene la mujer para sus cuidados como alimentación, descanso, ejercicio físico o acudir al sistema sanitario, entre otros. Por la gran importancia que adquiere esta variable en la atención que se presta a las mujeres y en los discursos sobre la maternidad, posponemos el desarrollo y análisis de la misma al capítulo 7 de esta tesis.

Relación de pareja: con esta variable ponemos de relieve cómo el hecho de tener o no tener pareja y el tipo de pareja influye sobre las vivencias de las mujeres. En el trabajo de campo hemos observado a mujeres que acuden solas a los servicios y, cuando son preguntadas, señalan que “están solas”, sin que esto suponga que no vienen

acompañadas, sean más vulnerables o tengan otras demandas. Sin embargo, hemos observado cómo se construye desde la atención que este proceso se da en pareja (heterosexual), y a aquellas mujeres que no la tienen se les recuerda su situación “atípica”, organizándose la asistencia para incluir antes a las mujeres que están en pareja que a las mujeres que no tienen pareja.

Con esta variable también nos planteamos constatar cómo el hecho de que las mujeres tengan parejas de su mismo sexo influye en los discursos y prácticas sobre el epp y en su atención sanitaria. En mitad del trabajo de campo descubrimos, sin ir más lejos, que este dato no aparecía ya que el personal no preguntaba por ello y todas las mujeres respondían a las preguntas sobre sus maridos. Por ello, se buscaron mujeres embarazadas en espacios como asociaciones de mujeres lesbianas y a través de personas con conocimientos sobre estas mujeres⁵⁸. Las mujeres lesbianas nos explicaron por ejemplo que la mayoría de ellas no acuden a los servicios públicos, porque las gestaciones son realizadas muchas veces por técnicas de reproducción asistida que llevan a cabo en centros privados⁵⁹ y deciden seguir en ellos el resto de las fases del epp; o porque acuden a profesionales y centros privados que reconocen sus opciones. Una de las parejas a la que entrevistamos manifestó las incomodidades e incluso el maltrato que habían recibido en alguna ocasión al acudir a los servicios públicos, donde se da por hecho que todas las mujeres son heterosexuales y tienen marido. Cuando manifiestan su situación, señalan que son observadas con cierta extrañeza. Por lo que queda claro que la atención sanitaria está pensada sólo para un tipo de mujeres con pareja, pareja heterosexual, y las que no lo sean, se atienden como si lo fueran, invisibilizando sus diferencias y así excluyendo las relaciones que puede haber entre la relación de pareja con su salud y el epp.

En el análisis de los materiales recopilados en el trabajo de campo, constatamos la importancia de otras variables que estructuran las diferencias en las experiencias, discursos y prácticas. Además de las que hemos presentado hasta ahora, hemos comprobado que el deseo o no del embarazo, los enfoques sobre el epp, la relación con asociaciones de mujeres y de salud, los recursos personales de cada mujer, y la conceptualización de la atención resultaban variables de suma relevancia para nuestra investigación. Las explicamos en detalle en los siguientes párrafos:

⁵⁸ Contactamos con el colectivo COGAM y pusimos carteles informativos sobre la investigación de 03/2006 a 08/2006.

⁵⁹ La sanidad pública no ofrece a las mujeres lesbianas el acceso a las técnicas de reproducción asistida, ya que no las considera sujetos de esterilidad. Están abocadas a la privada, lo cual no es una opción, sino una normativa heterosexista (Pichardo, 2008: 236-239).

Deseo del embarazo: tras la observación en las consultas de los centros de especialidades, en los cursos grupales y en las consultas de las matronas, se recoge que una parte de las mujeres manifiestan explícitamente que no “querían o deseaban” quedarse embarazadas. De las mujeres entrevistadas, hay cinco que expresan que ya tienen otros hijos o hijas, que son jóvenes, que ahora quieren hacer otras cosas, que no quieren volver a pasar por el embarazo, parto y la crianza, lo que demuestra que a las mujeres les gustaría poder elegir el cuándo, y que no todas tienen unas vivencias positivas del epp. Por ello, estimamos que es una variable importante a explorar, recogiendo qué motivos señalan ellas para no querer quedarse embarazadas.

Enfoques sobre el epp: de las mujeres observadas y que participaron en este estudio sólo una de ellas, Beatriz, ha manifestado que se trata de un proceso “natural”, en el que no hace falta tanta intervención. El resto aceptan la atención tal y como está definida por el sistema biomédico.

Recursos y habilidades personales: también en el capítulo 7 será retomado este tema. Sin embargo, aquí nos interesa destacar que aquellas mujeres que tienen recursos personales como seguridad, autoestima y asertividad, entre otros, son capaces de intervenir en sus procesos sanitarios, preguntar y discutir con las profesionales. Estas habilidades se vinculan con la clase social, la edad y las experiencias sanitarias que hayan vivido, pero también con procesos concretos de socialización.

Conceptualización acerca de la atención sanitaria: aunque las mujeres no se hayan planteado cómo debería ser la asistencia, se observa que existen mujeres que por ejemplo llegan y piden información, preguntan por cada una de las pautas que se les dan, piden explicaciones sobre sus síntomas y sobre cuál es el circuito sanitario completo. Entre estas mujeres distinguimos dos grupos: el primero está constituido por mujeres profesionales y con estudios medios, que han adquirido determinados recursos personales de los anteriormente mencionados y tienen incorporadas pautas de cortesía, como entrar en la consulta y dar la mano a las profesionales, tratar de usted, etc. Existe un segundo grupo de mujeres más jóvenes que sienten que son sujetas de derechos y no tienen interiorizado el mandato de autoridad hacia las profesionales médicas como un gremio profesional con mayor valoración y prestigio. Tienen una visión más instrumental del personal sanitario, a quienes ven con un rol y un trabajo que desempeñar, distinto a ellas, pero que no hace que se sientan en una posición inferior.

Para concluir, con todas estas variables hemos pretendido dar cuenta de la diversidad de situaciones en que se encuentran las mujeres en sus epp, de la heterogeneidad de

factores que influyen en sus vivencias y de cómo ellas se presentan y actúan en la atención sanitaria. Dichas variaciones nos hablan de la necesidad de tener en cuenta que las mujeres no son un grupo social homogéneo, sino que aparecen cambios y continuidades entre formas más tradicionales de ser mujeres (vinculadas al ámbito doméstico y al Ideal Maternal), frente a otras que reclaman la coexistencia de estos roles con su participación en lo público y en los trabajos remunerados. Esta pluralidad no es visible en la asistencia, pues dichas condiciones no son biológicas sino sociales y culturales, y marcan cómo se perciben, se cuidan, se entienden y se atienden sus epp, y el lugar que dan a la atención en este proceso.

La muestra de mujeres y las variables utilizadas se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 6. Entrevistas a mujeres.

	Nombre ficticio	Edad	Trabajo	Nº embarazos e hijos/as⁶⁰
NOCEDA	1. Laura	38 años	Trabaja dentro y fuera	3º embarazo, no hijos/as
	2. Sara	30 años	Ahora en paro	1º embarazo
	3. Sonia	35 años	Trabaja dentro y fuera	2º embarazo, 1 hija
	4. Celia	40 años	Sólo en casa	2º embarazo, 2 hija
	5. Julia	40 años	Trabaja dentro y fuera	2 hijos/as y 2 embarazos
	6. Cristina	30–35 años	Sólo en casa	2º embarazo, 1 hijo
	7. Remedios	33 años	Trabaja dentro y fuera	1º embarazo
	8. Judith	24 años	Trabaja dentro y fuera	1º embarazo
	9. Ester	40 años	Trabaja dentro y fuera	3º embarazo, 1 hijo
	10. Hortensia	30 años	Sólo en casa	2º embarazo, 1 hija
VILLAFRANCA	11. Natalia	37 años	Sólo en casa	3 hijos/as y 3 embarazos
	12. Carmen	30 años	Trabaja dentro y fuera	1 hija y 1 embarazo
	13. Irene	28 años	Trabaja dentro y fuera	2º embarazo, no hijos/as
	14. Rosa	35–44 años	Ahora en paro	1 hijo y 1 embarazo
	15. Leticia	25–30 años	Ahora en paro	1 hija y 1 embarazo
	16. Mercedes	30–35 años	Trabaja dentro y fuera	2 hijos y 2 embarazos

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

Estas variables son las que utilizaremos para su identificación a lo largo de la tesis, y quedarán del siguiente modo: nombre, edad, trabajo, número de embarazo e hijos e hijas, y zona a la que pertenece.

Con respecto a las parejas, como mostraremos en el capítulo 8, las únicas variables que empleamos son la edad, identificamos quién es su pareja y el número de hijos e hijas que tienen. El número de hombres que han sido entrevistados y sus características se señalan en la siguiente tabla:

⁶⁰ Si figura con anterioridad el número de embarazo al de hijos o hijas es debido a que la entrevista ha sido realizada durante el embarazo.

Tabla 7. Entrevistas a hombres.

	Nombre ficticio	Edad	Nombre pareja	Nº embarazo e hijos/as
Noceda	1. Ángel	30–35 años	Pareja de Sara	1º embarazo
	2. Raúl	34 años	Pareja de Virginia	No hijos
Villafranca	3. Oscar	35– 40 años	Pareja de Carmen	1 hija
	4. Paco	25–30 años	Pareja de Leticia	1 hija
	5. Fernando	37 años	Pareja de Rosa	1 hija

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

3.2.2.2. Profesionales sanitarias

Las variables que se han seleccionado para realizar la muestra de profesionales sanitarias son las siguientes: perfil profesional, sexo/género, edad, experiencia y formación profesional, ideología político/profesional y experiencia personal en el epp. Pasamos ahora a describirlas a continuación:

Perfil profesional: si es obstetra, matrona o enfermera. Es la principal variable que establece las diferencias entre las profesionales, ya que cada profesional presta una atención diferente al epp y tiene una relación diferente con respecto a las mujeres, es decir, ocupa un lugar que le condiciona el tipo de relación ellas y las decisiones que tiene que tomar. Además, la población y las propias profesionales reconocen que tienen una autoridad diferente, de forma que las obstetras son quienes están más legitimadas, luego las matronas y, por último, las enfermeras y auxiliares.

Las diferentes funciones y responsabilidades sobre el epp, junto con una historia de relaciones de jerarquía y dominación de lo médico, provoca que las relaciones de poder entre estas profesionales se mantengan, de modo que estos grupos deben ser estudiados de forma independiente. Dichas relaciones se observan incluso entre las matronas y las enfermeras, a pesar de tener una procedencia universitaria común.

Los perfiles también implican diferentes procesos de formación y, por ejemplo, las matronas y las enfermeras reciben en sus currículos formativos más conocimientos de ciencias sociales y humanas frente a las obstetras, cuya formación está más dirigida a lo biomédico.

A partir de los procesos formativos, centrados en aspectos tales como la profesionalidad, la objetividad y la distancia respecto a las mujeres a quienes atienden, las profesionales priorizan la identidad profesional común frente a su identidad personal. Esta estrategia invisibiliza la heterogeneidad intraprofesional y excluye la variabilidad entre profesionales derivada de la conjunción de su profesión con otras

variables que influyen en su práctica sanitaria. Y, por otra parte, mantiene la convicción de que es posible esta separación entre lo personal y lo profesional, como recogemos a lo largo de nuestro estudio. Por tanto, sus miradas, sus relaciones con las mujeres y sus discursos y prácticas deben ser descritos desde sus perfiles.

Sexo/Género: pensar en las ideologías y prácticas de género en la población de estudio conlleva ver cómo influye esta categoría entre las profesionales. Aunque parte de estos aspectos serán abordados con mayor detalle en el capítulo 5, incluimos aquí algunas observaciones. Estos grupos (obstetras, matronas y enfermería) están constituidos mayoritariamente por mujeres, lo que nos obliga a explorar cómo incide esto en las relaciones entre el personal sanitario con las mujeres y sus prácticas e ideologías sobre el objeto de estudio.

Además, la feminización de la medicina (Ortiz, 2004:190; Arrizabalaga y Valls, 2005:103–107) y de la obstetricia, junto con la ya feminizada enfermería y matronería, hace que la mayoría de las profesionales sean mujeres, hecho sobre el que cabría preguntarse a la hora de analizar las relaciones entre mujeres profesionales de diferentes perfiles y a la hora de pensar las aportaciones o cambios que puede suponer en las concepciones de las mujeres y de estas profesiones.

Al concluir el trabajo de campo, realizadas ya las últimas entrevistas a profesionales, obtuvimos el dato de que algunos matrones que trabajaban en los servicios estudiados eran gays, tema que no había sido contemplado con anterioridad y que no ha podido ser explorado. Estos matrones se dedican profesionalmente al cuidado y han integrado ciertas cualidades o actitudes que en nuestra sociedad se marcan como femeninas a partir de su formación enfermera, en un ámbito altamente feminizado en el que comparten conversaciones y se exponen visiones “de mujeres”. Puede suceder que algunos hombres homosexuales, al cuestionar la heterosexualidad y el sistema de género con su sexualidad, hayan puesto en cuestión el reparto de roles masculinos y femeninos, por lo que se permiten a sí mismos el acceso a profesiones generalmente consideradas como no masculinas. La coincidencia de ambos hechos es un asunto que solo podemos apuntar y que queda pendiente para otros estudios.

Edad: la edad de las profesionales es importante en dos sentidos. En primer lugar, porque las sitúa en la historia de la atención al epp, lo que influye en las ideologías y prácticas profesionales adquiridas. Así, las matronas y obstetras de edades más avanzadas han vivido los cambios, desde la promoción de que todos los partos fueran en los hospitales y las mujeres abandonaran los partos domiciliarios, hasta los efectos de la medicalización del parto. En cambio, las más jóvenes nacieron ya en hospitales y

se socializaron con la tecnología, por tanto, lo novedoso para ellas es lo que hemos denominado como “el enfoque fisiológico”.

Es preciso ubicar en la historia también la existencia de una serie de relaciones jerárquicas entre las obstetras y las matronas que, aunque trabajen en parte de forma autónoma, se mantienen todavía en una posición de subordinación. Máxime en la medida en que son las obstetras las que siguen decidiendo cuáles son los embarazos y partos “normales” y los patológicos o de riesgo.

En segundo lugar, y en relación a las matronas, el dato de la edad nos informa de si han sido formadas en los nuevos planes de estudio universitarios, con unos programas, al menos intencionalmente, integrales y centrados en la promoción, la prevención y la humanización de la atención. El caso de las obstetras de edades más avanzadas indica la pertenencia a determinadas clases sociales, que permitieron a las mujeres estudiar y elegir una profesión que no era femenina, y en una especialidad masculina. El hecho de que estas obstetras nieguen la influencia del ser mujer en sus trayectorias profesionales no significa que no les haya marcado.

Muchas profesionales, tanto obstetras como matronas, han mostrado reticencias al preguntárseles por su edad, por lo que la investigadora la ha situado en base a otras informaciones. Esto muestra que algunas de las mujeres profesionales que han participado en el estudio se han socializado en la idea dirigida a las mujeres de no desvelar este dato, para evitar mostrar el paso de los años, lo que supuestamente las alejaría de la juventud. Lo curioso en este sentido es que esto todavía sucede entre algunas profesionales jóvenes, de entre 30 y 40 años, para quienes su edad tampoco puede ser expresada.

Por ello, al hablar de las profesionales a lo largo de este estudio lo primero que nombramos, después de su perfil profesional, es su edad, para permitir situar sus discursos en la historia de la atención sanitaria al epp, de los procesos de formación y de las relaciones intraprofesionales.

Experiencia y formación laboral: inicialmente nos planteamos recoger datos que nos informaran sobre el número de años en el puesto de trabajo del personal entrevistado, su trayectoria laboral en la sanidad pública y privada, el tipo de situación laboral (funcionaria, fijo, indefinido u otra) y su posible formación de postgrado. Pensábamos que dichos datos aportarían información relevante sobre las condiciones y experiencias laborales, la motivación para su trabajo y sus prácticas sanitarias.

Sin embargo, se han encontrado ciertas dificultades para recoger estos datos por parte de algunas profesionales, que no entendían por qué ellas eran objeto de nuestro estudio. Desde ahí hemos tenido que esperar a que se establecieran relaciones de confianza y de un adecuado reconocimiento para que facilitasen esos datos.

Hemos observado que diferentes condiciones laborales –como el hecho de ser funcionaria, o tener contrato fijo, indefinido u otra, el número de años de trabajo en el puesto de trabajo y si su trabajo ha sido en centros sanitarios públicos o privados–, no determinan el tipo de atención que presta cada profesional. En cambio, sí es significativo el itinerario laboral que haya seguido, es decir, los diferentes lugares en los que ha desarrollado su profesión. Es especialmente relevante para nuestra investigación que las matronas Mireya, Jorge, Jimena y Candela, que han trabajado en otros países como Holanda e Inglaterra y/o en otros centros (Acuario) con otros modelos de atención al parto, intentan integrar estas experiencias en la sanidad pública, a pesar de las dificultades que encuentran, especialmente con respecto a las relaciones con las obstetras. Por ejemplo, una de estas matronas comentaba al respecto que *“es que en Inglaterra llevas tú sola a la mujer, no tienes nadie que te diga, que te pregunte, a quien tengas que explicar por qué haces esto o lo otro. Esto te cuesta mucho al principio”* (Mireya, matrona, cuaderno de campo, servicio de paritorio, hospital de Villafranca, 3/10/2007).

Hay muy pocas profesionales con formación en teoría feminista o de género, sólo tres. Aunque se esperaba que esta formación influyese en las formas de atender a las mujeres, lo realmente importante parece ser el enfoque de riesgo o fisiológico que adopten sobre este proceso. De modo que encontramos algunas matronas con formación en género, pero que se adscriben a una visión de riesgo y defensora del modelo biomédico. En este sentido, más relevante que los procesos formativos de género es conocer si han reflexionado y se han formado sobre otros modelos de atención al parto, como el fisiológico y si intentan introducir otros aspectos en la asistencia. Estas razones explican por qué esta variable –experiencia y formación laboral– ha sido omitida a lo largo de la tesis en la presentación de las profesionales.

Ideología político-profesional: al inicio de la investigación pretendíamos recoger la posición que encontrábamos en algunas profesionales acerca del tipo de relación que establecía con las mujeres. Por ello, la ideología fue categorizada dicotómicamente en progresista o tradicional, según las opiniones del personal sanitario se inclinen más a un modelo sanitario democrático, centrado en la población usuaria y en su derecho a la información, a la protección de su salud, a su autonomía –es decir, a un modelo

progresista-, o según sus opiniones y prácticas concretas expresaran un modelo paternalista, donde la profesional decide por la población en base a su mayor conocimiento y experiencia sobre el epp –es decir, a un modelo tradicional–.

A pesar de ello, no deja de ser una variable bastante problemática, ya que no se ha preguntado directamente a cada profesional sobre ella, sino que ha sido deducida de las entrevistas y otras interacciones mantenidas con cada profesional. Aunque en algunos casos encontramos claramente definida su posición ideológica, en la mayoría aparecen numerosas contradicciones que dificultan establecerla. Por todos estos inconvenientes no se utiliza, explícitamente, esta variable para su descripción en nuestra investigación.

Experiencia personal en el epp: esta última variable no fue planteada inicialmente, pero a lo largo del trabajo de campo ha ido apareciendo en los discursos de las profesionales como un elemento que legitimaba su opinión sobre cualquier cuestión. Es decir, su visión no sólo se deriva de su conocimiento y formación, sino también de haber vivido un embarazo, parto, puerperio o ser madre. Del mismo modo, en sentido contrario, algunas señalaban “*yo no he parido, así que no sé*”, dejando abierta la posibilidad a que si hubieran tenido esta experiencia o si la tuvieran, podrían modificar sus posicionamientos.

Todas ellas han coincidido en que sus experiencias de maternidad les han servido para cuestionar los conocimientos, tanto teóricos como prácticos, sobre el epp, y entender así las discontinuidades existentes entre las explicaciones científicas y las vivencias de los procesos de salud y enfermedad como el epp. Aunque también hemos encontrado profesionales que han sido padres y madres y, en cambio, en sus discursos no lo relacionan con las formas de atender. Es por ejemplo el caso de Ramón, un profesional de enfermería, que tiene un hijo y una hija, y alude a que los modos de vivir y entender el epp y la paternidad tienen que ver más con actitudes previas de la persona que con estas experiencias personales.

Sin embargo, a pesar del reconocimiento de relevancia que asume esta variable, es la que muestra más excepciones, ya que encontramos profesionales que no han sido madres (ni biológicas ni sociales), no han parido (puesto que sus partos fueron por cesárea), o no han dado mamar, y tienen unos discursos y prácticas donde integran la diversidad de experiencias que puedan tener las mujeres.

En la siguiente tabla presentamos la muestra de profesionales participantes en nuestro estudio, diferenciados según las variables antes definidas:

Tabla 8. Entrevistas a profesionales.

Zona	Perfil profesional	Nombre ficticio	Edad	Experiencia maternidad
NOCEDA	Enfermeras	1. Montse	45 –50 años	Madre
	Matronas	2. Sol	50 años	Madre
		3. Marta	35 años	No madre
		4. Amaya	60 años	Madre
		5. Jorge	35–40 años	Padre
		6. Candela	45–50 años	Madre
		Obstetras	7. Pedro	50 años
	8. Patricia		30–35 años	No madre
	9. Rosario		50–55 años	Madre
	Auxiliares	10. Almudena	50–55 años	No madre
VILLAFRANCA	Enfermeras	11. Pilar	45–50 años	Madre
		12. Mamen	45–50 años	Madre
		13. Saray	30–35 años	No madre
		14. Nuria	35–40 años	Madre
	Matronas	15. Matilde	35–40 años	Madre
		16. Jimena	33 años	No madre
		17. María	45 años	Madre
		18. Beatriz	33 años	No madre
	Obstetras	19. Margot	40–45 años	Madre
		20. Julieta	40–45 años	Madre
		21. Eva	35–40 años	Madre
	Auxiliares	22. Elena	35 años	Madre

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo.

Resumiendo, cuando en nuestra investigación hablamos de las profesionales, además de decir su nombre ficticio señalamos su perfil profesional, su edad, si han sido madres o no, y si son del área de Villafranca o de Noceda. No especificamos por lo tanto el lugar de trabajo, porque hay servicios donde las características son tan dispares que, con variables como la edad, podrían ser perfectamente identificadas y han querido mantener la confidencialidad. Queda pues del siguiente modo: nombre, edad, profesión, si es madre o no y zona donde trabaja.

3.2.3. Unidades de análisis

Las unidades de análisis han constituido los ejes básicos para la búsqueda y el análisis de la información en relación tanto con los objetivos e hipótesis de la investigación como con el marco etnográfico sanitario y el marco teórico. Se ordenan en tres unidades principales, que se corresponden con los tres principales agentes participantes en la investigación. Por un lado, la institución sanitaria, por otro lado, las

mujeres, y por último, las asociaciones. Éstas se presentan de forma esquemática en la siguiente tabla:

Tabla 9. Unidades de análisis.

Institución sanitaria	Mujeres y parejas	Asociaciones
1. Representaciones en torno al epp	1. Representaciones en torno al epp	1. Representaciones en torno al epp
2. Representaciones de género	2. Vivencias del epp	2. Representaciones de género
3. Modelos, organización y prácticas sanitarias	3. Representaciones de género	3. Representaciones de la atención
4. Relaciones intra e interprofesionales	4. Relaciones con pareja y entorno	4. Interacciones con la atención sanitaria al epp, su personal sanitario y la población usuaria
5. Relaciones entre el personal sanitario y las mujeres	5. Conflictos en las ideologías y prácticas de género	
6. Heterogeneidad de ideologías y prácticas de género	6. Heterogeneidad de ideologías y prácticas de género	

Fuente: Elaboración propia.

3.2.4. Trabajo de campo

La selección del campo etnográfico se inició en los meses de junio a septiembre del año 2004, cuando se solicitaron los programas correspondientes al proceso del epp a las once áreas que configuran la atención sanitaria de la Comunidad de Madrid. Durante los siguientes meses se realizó un análisis comparativo de las características de cada uno de los programas, y posteriormente un análisis de género desde una serie de indicadores descritos por la investigadora como sensibles al género: enfoque integral, accesibilidad, adecuación, participación de las mujeres, participación de sus parejas, toma de decisiones de las mujeres, desmedicalización y lenguaje inclusivo de género (Blázquez, 2005b:155)⁶¹.

Como resultado de este análisis, se destacó el Programa del área 12, ya que se observaban variaciones con respecto a las otras áreas: se utiliza en él el término género, se reconoce que existen diferencias de género y su influencia en la salud de las mujeres, se utiliza un lenguaje inclusivo de género (hombre, mujer, paternidad y maternidad), y la fundamentación del mismo está centrada en las necesidades de las mujeres, entre

⁶¹ Se analizaron sólo siete programas completos de las once áreas sanitarias, más uno dirigido sólo a la educación posparto. Los indicadores que menos están integrados en la atención sanitaria son: la toma de decisiones de las mujeres, la accesibilidad y la participación de las mujeres. Los indicadores que se van integrando son el enfoque integral, la adecuación, la participación de sus parejas y la desmedicalización. El indicador que está más integrado en los programas es el uso de un lenguaje inclusivo de género. Con la información que el cuestionario nos proporciona, se deduce que estos programas tienen una baja sensibilidad de género.

otros hechos. De modo que se seleccionó este área sanitaria como el contexto etnográfico y se iniciaron los contactos para solicitar los permisos para acceder al mismo, procedimiento que se presenta en el siguiente subapartado.

3.2.4.1. Acceso al contexto etnográfico

Se decidió apostar por una investigación antropológica y no “encubierta” para visibilizar la necesidad de incorporar otras disciplinas en la investigación sanitaria, otras preguntas de estudio y otros marcos metodológicos. Se apostó entonces por seguir el circuito normalizado de las investigaciones, buscando además del reconocimiento y normalización de estas investigaciones, el acceso a la realidad a partir de un permiso formal, con la aprobación de los circuitos de control y seguimiento, y con la oportunidad de poder nombrar el origen y el contexto de estudio.

El acceso al campo de la investigación se empezó a realizar en enero de 2005. Primeramente, se llevaron a cabo contactos informales con personas conocidas en el área sanitaria 12 de la Comunidad de Madrid, quienes han sido nuestros “porteros” del campo. Una vez obtenida la información sobre las personas a las que había que dirigirse para obtener la autorización de la investigación, se mantuvieron entrevistas personales y/o telefónicas con las personas responsables de los servicios, que están descritos en el anexo 2. En ese momento había un proceso judicial abierto en el hospital de Noceda y se sugirió a la investigadora esperar un tiempo hasta que esta situación estuviera resuelta. Se le recomendó pasar el proyecto por el Comité de Ética y poner en el mismo que no necesitaba tener acceso a las historias clínicas. Se adjuntó al proyecto un anexo con adaptaciones del guión de la observación y la entrevista, y los consentimientos informados. Estos consentimientos (anexos 4 al 6) se diferencian según los lugares de estudio (centro de especialidades, paritorio y puerperio), las técnicas (observación, entrevistas individuales y grupales) y la población participante en el estudio (profesionales, mujeres y parejas).

El proyecto fue presentado y obtuvo un dictamen favorable para su realización por el Comité de Ética del hospital de Noceda (anexo 7). Estimamos que el haber sido un proyecto de una institución sanitaria que depende del Ministerio de Salud y Consumo, y que está dedicada a la investigación, facilitó la entrada en el campo.

En atención primaria, la Dirección de Enfermería del área 12 llevaba a cabo reuniones con las matronas, y la investigadora acudió a una de ellas para explicar el proyecto y solicitar la participación de las matronas que voluntariamente se ofreciesen.

Después de estos pasos, se inició la investigación en los centros de Noceda, en octubre de 2005, con una duración de un año y medio. Por otro lado, dado que las autorizaciones podrían demorarse, como efectivamente había sucedido en Noceda, en que se aprobó el proyecto en abril pero no se dio permiso hasta septiembre, se iniciaron los contactos con el hospital de Villafranca al mismo tiempo que se comenzó con el trabajo de campo en Noceda.

En Villafranca, hospital de reciente creación, no estaba establecido el proceso de autorización de investigaciones de personal externo al centro, y primero se tuvo que defender el proyecto ante la Comisión de Investigación (anexo 8). En dicho equipo hubo criterios dispares, puesto que por una parte recomendaron que se iniciaran los contactos con la Jefa de la Unidad de Ginecología y Obstetricia para definir las fechas, horarios y otras condiciones del trabajo de campo y, por otra, se defendió que se esperase hasta que la Dirección del hospital enviase una carta con la aprobación de la investigación. Tras un tiempo de espera y sin llegar ninguna comunicación escrita, se contactó nuevamente con esta comisión y, ante la persistencia de las opiniones contradictorias, se decidió solicitar una reunión con la Jefa del Servicio de Obstetricia, quien solicitó a la investigadora la autorización de la Dirección del hospital y, al describirle los hechos, recomendó esperar. Tras numerosas llamadas y visitas se solicitó por escrito la aceptación o negación de la autorización de la investigación, en febrero del 2007, cuando ya el trabajo de campo en Noceda estaba totalmente concluido y la beca predoctoral próxima a su fin –junio del mismo año–.

La investigación se aprobó finalmente, pero con dos condiciones: una, la firma de un contrato de investigación entre la propia investigadora y la Gerencia del hospital (anexo 9); y dos, la realización de consentimientos informados escritos previos a la observación, tanto en las consultas de obstetricia del centro de especialidades como en el hospital, y tanto al personal sanitario como a las mujeres. Los diferentes consentimientos que estaban ya diseñados y habían sido empleados en el municipio de Noceda se adaptaron y, posteriormente a la investigación, se solicitó su entrega al hospital. Asimismo, se entregó a la investigadora una credencial para poder acceder al hospital y estar identificada durante el trabajo en el mismo.

En estos organismos se presentó un protocolo de la investigación (anexo 3), que es una versión más breve del proyecto de la tesis doctoral y que incluye una serie de variaciones, con el fin de adaptar su contenido al ámbito sanitario, explicar y justificar la necesidad de este tipo de estudios cualitativos y desde la perspectiva de género.

Esto ha supuesto un alargamiento de los tiempos del trabajo de campo, un desgaste en los procesos relacionados con la burocracia, el establecimiento de un tiempo y un horario de acceso a los servicios y la aceptación de ciertas reglas, como no consultar las historias clínicas y otros documentos sanitarios. Circunstancias, todas que definen también esta etnografía.

3.2.4.2. Información y difusión de la investigación

La investigación se presentó a las personas responsables de los centros sanitarios, quienes fueron los encargados de difundir el proyecto y de invitar a las profesionales sanitarias a participar en la misma. Además, se establecieron otros medios de difusión e información por parte de la investigadora, tales como:

- Cartas de las personas responsables de cada servicio al personal sanitario del mismo, para que existiera constancia de la autorización del centro para desarrollar la investigación. El modelo se ofrece en el anexo 10.
- Cartel informativo sobre la investigación para colocar en un lugar visible de los centros (anexo 11). La mayor parte de ellos no se colgaron y los que sí, no fueron leídos ni por el personal ni por las mujeres usuarias de los servicios.
- Presentación de la investigadora al personal sanitario, negociándose que fuera el personal sanitario quien la presentara a las mujeres. Sin embargo, esto no se realizó en todas las ocasiones, siendo identificada como una profesional sanitaria más, ya que también se le había requerido que llevara una bata blanca, y entonces era la tarjeta identificada el mejor instrumento para este fin⁶².

Durante el tiempo de observación, la investigadora ha ido presentándose, tanto al personal sanitario como a las mujeres, informándoles de su estudio y solicitando su permiso para la observación. Se ha hecho entrega de los consentimientos informados y se ha facilitado que fueran devueltos firmados voluntariamente, excepto en el área de Villafranca, en la que se ha guardado especial cuidado en su recogida por los compromisos adquiridos con la Dirección del hospital.

Sólo en relación a las matronas de los centros de salud se les ha pedido su participación para localizar los perfiles de mujeres que la investigadora quería entrevistar, o se les ha pedido que mediasen para obtener información sobre la evolución de algunas mujeres, que habían sido localizadas en alguno de los momentos del trabajo de campo.

⁶² Además el uso de la bata es un elemento que señala la diferencia y jerarquía con las mujeres usuarias (Bodoque, 1996:319).

Igualmente se solicitó permiso para la grabación de las entrevistas, cuestión que fue negada en el caso de dos obstetras, pues pensaban que esto las podía comprometer. De modo que se tomaron notas y luego se transcribieron al ordenador.

3.2.4.3. Trabajo de campo

Del trabajo de campo propiamente dicho mencionaremos una serie de hechos que en ocasiones no son nombrados, pero que inciden en las “maneras de estar” en el trabajo de campo y que a su vez forman parte de las condiciones de producción de la información etnográfica.

El trabajo de campo ha tenido una duración de tres años, aunque de un modo discontinuo, tanto por la accesibilidad a los contextos de estudio, la organización de la atención sanitaria y por circunstancias de la propia investigadora⁶³.

Otros aspectos que condicionaron el trabajo de campo se relacionan con el reconocimiento de la persona que investiga, y de su investigación, por parte de la población de estudio. Introducirse en este ámbito y estar en los “actos clínicos” supone que una haya sido reconocida en la mayoría de las situaciones como estudiante de alguna de las disciplinas de la salud, quienes constituyen los intrusos e intrusas habituales de la atención. Como mi trabajo etnográfico se vinculaba con la tarea de tomar notas, escuchar, observar, se asociaba pues con el rol de aprendizaje. El personal sanitario me explicó cómo son y el porqué de los procesos clínicos, me dio consejos sobre formas de atender, sobre qué fármacos administrar en determinadas situaciones, cómo interpretar los datos analíticos y otras pautas. Por otro lado, la población me preguntó mi opinión como si fuera una profesional sanitaria⁶⁴, incluso diagnósticos y tratamientos. Aunque se explicita verbalmente lo que se hace y para qué se hace, y se señalen las diferencias con los otros roles, éstas son las asignaciones normales y requiere un tiempo que la población te perciba de otra manera. Con respecto al personal sanitario, también influyó que pertenecía a una disciplina no reconocida

⁶³ Entre ellos nombro la necesidad de ir haciendo un currículum de investigadora (docencia, asistencia a congresos, cursos, publicaciones, estancias...) y las cargas derivadas de los requerimientos de la institución sanitaria financiadora. No menos importantes son otros límites derivados de acontecimientos personales, a veces no reconocidos, pero que desacompañan la dedicación y continuidad que requiere toda investigación. En relación con estos aspectos personales de las vidas cotidianas de las personas que investigan, aparecen otras dificultades como aquellas que se derivan de la escasez de apoyos económicos al trabajo de campo del personal investigador, que junto con los bajos aportes económicos de las becas y la incompatibilidad con otros tipos de ayuda, constriñen la dedicación a la investigación y establecen un ir y venir entre el trabajo de campo y otros trabajos. En mi caso, cuando termine la beca de investigación en junio de 2007, seguía haciendo trabajo de campo por los problemas señalados que retrasaron el acceso a la zona de Villafranca y éste no concluyó hasta enero de 2008.

⁶⁴ Aunque esto sea cierto, pues estudié enfermería y he trabajado como tal en diferentes momentos de mi vida, mi rol en esta investigación y mi presentación fue como antropóloga.

dentro del ámbito sanitario, y que además trabajaba desde una perspectiva cualitativa, que tampoco es considerada, a lo que se suma la perspectiva feminista de partida. Para la población todo esto fue más indiferente, ya que lo que buscaron fue a alguien que mediase en sus procesos sanitarios, y en las entrevistas me utilizaron como una transmisora de sus quejas y sugerencias sobre el funcionamiento de la atención.

Una investigación además se perfila a partir de las características propias de la persona que realiza la investigación⁶⁵. Estas características están relacionadas con los procesos epistemológicos, con los procesos de formación en antropología, salud pública y feminismo; así como también con la procedencia y pertenencia a una institución sanitaria. Del mismo modo, también con unas disposiciones derivadas de unas experiencias y opiniones sobre ser acompañante y usuaria del mismo sistema biomédico, y del hecho de ser una mujer, de ser madre, de una determinada clase, joven, variables que condicionan las decisiones, emociones e interacciones con el escenario y con el objeto de estudio. Con determinados grupos de profesionales sanitarios, la edad y la formación han jugado un papel importante, mientras que con las mujeres han jugado un papel más importante las experiencias previas sobre el epp.

Ginsburg (1987:623) nos habla de cómo situarnos cuando uno aborda problemas en los cuales las personas investigadoras están comprometidas, no sólo por el extrañamiento que una puede sentir ante una fenómeno cultural propio, conocido, experimentado, sobre el que parece que ya se ha dicho todo, pero dónde quizá es oportuno su desnaturalización y dónde se requiere la distinción entre el punto de vista de la población y el de la persona que investiga, explicitando las limitaciones y las tensiones que esta diferenciación exige. Dicha cuestión ha sido abordada en “cómo hacer antropología en casa”, en el sentido de estudiar fenómenos socioculturales de nuestros propios contextos, en los que formamos parte del universo de estudio. Entre las facilidades por ser sanitaria, por trabajar en salud pública, para comprender el punto emic de la población, el conocimiento de la comunidad, la accesibilidad al campo y a las personas, etc., surgen tensiones para no imponer nuestro punto de vista, para compartir e interpretar sin dar nada por supuesto y para distinguir las variaciones entre los discursos y las prácticas, y en cada uno de ellos, que muestran la diversidad del objeto de estudio.

⁶⁵ Comelles (1989:231) y Heras (2002:81-109) plantean un análisis sobre el trabajo de campo en la antropología médica y cuestiones comunes a nuestro estudio como las relaciones con la biomedicina o la intersubjetividad.

3.2.5. Análisis de los datos

En esta investigación, el análisis de los datos ha sido un proceso simultáneo al trabajo de campo, ya que en los momentos en que ha habido dificultades para iniciar la investigación en alguno de los lugares, se han aprovechado estos tiempos para ello.

El análisis se ha estructurado según las unidades de análisis descritas anteriormente (3.2.3.). En este análisis, la investigadora ha tenido en cuenta las propuestas de Jesús Ibáñez (1979:333–351), quien recomienda introducir orden en los discursos refiriendo los siguientes pasos en este proceso: lectura intensiva, toma de notas, análisis e interpretación, listados, primer epigrafiado del informe, codificación, agrupación y unidades temáticas. Además, se han integrado las sugerencias de Taylor y Bogdan (1996:156–176), cercanas a la teoría fundamentada⁶⁶. Y, por último se han seguido las proposiciones de Jociles (1999b) relativas a la eficacia simbólica de los discursos en los contextos en que se producen.

Se ha analizado quiénes decían los discursos, a quién iban dirigidos y en qué contextos tenían lugar; observándose variaciones entre los discursos recogidos dentro de los servicios de aquellos emitidos por los mismos sujetos fuera de los mismos. El hecho de ser profesionales y estar en una institución sanitaria convoca a los sujetos a ese rol de sanitarios y de autoridad, aunque sea en una conversación con la investigadora y sus pacientes no estén presentes. En otros escenarios son capaces de emitir discursos más dubitativos, contradictorios y críticos sobre los mismos asuntos, en los que incluso comparten y/o hacen ciertos reconocimientos a los puntos de vista de las mujeres.

3.3. EL GÉNERO EN LA ETNOGRAFÍA

En este apartado nos proponemos reflexionar sobre aquellas cuestiones que se derivan de un posicionamiento feminista en la etnografía. Si en el resto de los capítulos damos cuenta de las ideologías y prácticas de género en el ámbito de estudio –la atención biomédica al epp–, aquí se revisan aquellas en las cuales se inserta la propia investigación y la investigadora. En ese sentido, como indica María Cátedra, *“al retratar a los informantes uno dibuja no sólo la relación que mantiene con ellos, sino su propia experiencia biográfica en el campo”* (1992:10). Nuestra perspectiva feminista atraviesa, de este modo, todo el proceso de investigación, desde la definición del objeto de estudio, sus objetivos, el diseño y la realización del trabajo de campo, hasta el análisis y la

⁶⁶ Estos autores describen tres secuencias: identificar temas y desarrollar conceptos y proposiciones, codificación y refinamiento de los datos, y relativización o interpretación en el contexto de recogida.

elaboración de los datos. Ser consciente y reflejar tales implicaciones explica, por no decir justifica, los alcances y las condiciones de la investigación, que se presentan en los siguientes apartados: una etnografía desde el feminismo; la no explicitación en la investigación de la posición feminista; las relaciones con el objeto de estudio: investigar una experiencia vivida; el género de la persona que investiga; las relaciones de poder y de igualdad en la investigación; las preguntas y sus efectos; y diferentes significados de la igualdad.

3.3.1. Una etnografía desde el feminismo

Desde su gestación, esta investigación etnográfica parte de la afirmación de que en la atención sanitaria se produce formas de desigualdad de género específicas hacia las mujeres, al mismo tiempo que se refuerza la desigualdad de género presente en nuestra sociedad. En las hipótesis se apuntan algunos elementos que están en relación con evitar la subordinación de las mujeres y sirven de guía para el análisis de la realidad. Estos elementos surgen del marco teórico presentado en el anterior capítulo, y pretenden apreciar en qué aspectos habría un planteamiento igualitario y en cuáles no, y también quiere mostrar el punto de partida de la investigadora. Los mencionados elementos sugieren la posibilidad de hacer un enfoque integral de la asistencia biomédica, del control por parte de las mujeres del proceso del epp, de la desmedicalización, de la desnaturalización de la maternidad y de la responsabilidad de los hombres en el epp. Además, esta propuesta es revisada con los discursos y prácticas de los actores sociales (profesionales, asociaciones y mujeres), mostrando los temas comunes compartidos que conllevan a la subordinación de las mujeres y otros que no son vistos como tales.

Desde allí, la investigación se sitúa dentro del quehacer, del qué hacer podría decirse también, del feminismo, con sus limitaciones y logros claro está, pues el centro del estudio lo ocupa un tema en el que las mujeres son –o deben ser– las protagonistas, y recoge su experiencia a través de sus propias voces y de las de otros actores participantes, como las profesionales que definen cómo deben ser y actuar. Por estos motivos, nuestra investigación puede ser descrita en el sentido de Sandra Harding (2002:21), dentro de la epistemología feminista⁶⁷. Otras preocupaciones feministas presentes, pero que no desarrollamos aquí si bien compartimos la opinión sobre su

⁶⁷ Dentro de la epistemología feminista existen diferentes posiciones sobre las características que definen este tipo de investigaciones. Harding (2002) es una de las representantes del enfoque “punto de partida feminista” o “epistemología standpoint”, que describe la necesidad del estudio de las mujeres para recuperar su conocimiento, que es privilegiado y superior por su situación de subordinación.

marcada influencia, son los problemas de la división del trabajo en la propia investigación y en el equipo de investigación, el productivismo en la investigación, el lenguaje de la investigación y las formas en que los resultados son utilizados para que lleguen a la propia población (Roberts 1981:26).

Hemos partido de la idea de que las metodologías cualitativas resultan las más idóneas para la investigación feminista, pues permiten que las mujeres expresen sus propias visiones, siempre dentro de una relación de escucha y diálogo, ya que se pueden crear relaciones más igualitarias. En esta posición se puede situar María Mies (1983:118), cuando critica el positivismo y las metodologías cuantitativas. No obstante, creemos a su vez que las condiciones que determinan lo indicado dependen principalmente no de la metodología, sino de las relaciones de poder que se generan dentro de la investigación, entre quien investiga y quienes son investigadas, así como de la capacidad de contrastar a través de sus técnicas los discursos de las mujeres con sus prácticas, sus contextos, todo ello junto a la diversidad de mujeres y circunstancias. Recoger sólo las autodefiniciones que hacen las mujeres de sí mismas puede conducir a lo que Celia Amorós (2006:34-37) advierte, es decir, que aunque las mujeres no se definan como discriminadas u oprimidas, ello no excluye el hecho de que lo estén. A esto añadimos el reto de visibilizar los mecanismos de desigualdad presentes tanto en la heterodesignación como en la autodesignación.

3.3.2. La no explicitación en la investigación de la posición feminista

En las solicitudes para que fuera autorizada la realización de la etnografía, y en las presentaciones a los servicios de la misma, optamos por emplear los términos “perspectiva de género” en lugar de “feminista”, ya que es el más habitual en el ámbito sanitario y, por otra parte, facilitan la aceptación y comprensión de nuestra investigación.

Por otro lado, no se ha preguntado abiertamente sobre la perspectiva de género a la población de estudio, manteniéndose una actitud expectante para descubrir si se utilizaba este término y con qué significados. Desde el punto de vista emic, la categoría género es desconocida por las mujeres usuarias, pero también por una parte de las profesionales. Cuando leían el título del proyecto (la perspectiva de género en la atención sanitaria al epp), algunas profesionales planteaban que ya estaba incluida en la asistencia obstétrica, debido a que este proceso se dirige sólo a las mujeres⁶⁸. Al ser

⁶⁸ Cuando presenté el proyecto ante el equipo de ginecología y obstetricia de uno de los hospitales del estudio, varias profesionales me señalaron que no entendían qué buscaba, si la perspectiva de género ya estaba incluida, “*a no ser en el*

las mujeres objeto de la atención, se presupone que son tenidas en cuenta sus opiniones y necesidades y que no existen diferencias entre ellas, puesto que, como decían, son todas mujeres. Esta información nos ayudó a entender cómo la categoría género ha sido comprendida al hablar de mujeres, sin tener en cuenta que hay otros aspectos que influyen en la construcción de las mujeres, y desde ahí no se ve que se trate de una categoría relacional (Esteban, 2007:69–70) ya que las mujeres se construyen también en relación a los hombres. Además, se presupone que entre las mujeres existen relaciones de igualdad, y desde el ámbito sanitario se piensa que sólo con el hecho de ser atendidas son integradas en clave de igualdad.

También se detecta el uso del término “género” por parte de algunas profesionales, de algunos documentos oficiales y de asociaciones de mujeres, pero con diferentes sentidos a los empleados por la propia investigadora. De modo que no se asocia el concepto “género” como el conjunto de procesos que generan desigualdades, como por ejemplo la medicalización, el biologicismo y la exaltación de la maternidad, entre otros. Tampoco aparecen en los discursos otros conceptos como feminismo e igualdad, aunque se esté hablando de ello. Sólo con algunas informantes (las matronas Sol, Jimena y Belén, y la obstetra Julieta) han existido conversaciones sobre el género y la igualdad, después de que ellas hubieran nombrado dichos términos. Este hecho se produjo porque ellas habían tenido acercamientos previos al tema a través de formaciones o de su pertenencia a asociaciones y grupos de mujeres.

3.3.3. Las relaciones con el objeto de estudio: investigar una experiencia vivida

Una de las aportaciones más importantes de la epistemología feminista ha sido probablemente el cuestionamiento de la ciencia y, especialmente, el cuestionamiento de algunos presupuestos como la objetividad y la neutralidad, que impiden ver las relaciones que tenemos entre la investigadora y el objeto de estudio. Gloria Bowles y Duelli Klein (1983:95) plantean por ejemplo que en las investigaciones feministas hay que integrar la intersubjetividad, es decir, evidenciar los sentimientos, expectativas y relaciones con el objeto de estudio.

caso de que los chicos se embaracen, aquí atendemos a mujeres, ¿qué significa el género? La jefa del servicio me mira y dice, «pero ya te lo decía yo, aquí no tienes que hablar de género». Otras preguntan « ¿qué vas a preguntarnos del género?» « ¿si hay casos de violencia de género? » « ¿vas a entrevistar sólo a los hombres?» (Cuaderno de campo, hospital de Villafranca, 2/03/2007).

En mi caso (a partir de aquí hablaré en singular), mi experiencia⁶⁹ durante la atención al epp ha sido clave para sentirme familiarizada con el itinerario sanitario asistencial, con las mujeres, las profesionales, los diferentes lugares, etapas del epp e intervenciones biomédicas. Por ello, he tenido que reflexionara críticamente sobre mis implicaciones con el objeto de estudio y distinguir lo que eran mis visiones personales y las de las mujeres entrevistadas, hecho que no siempre ha resultado fácil, sobre todo en aquellos temas que habían sido vivenciados por mí de una forma similar, y en los que yo sentía la tentación de aportar información y de compartir las visiones que se comentaban. Al respecto, he intentado no presentarme ni que me identificarán como madre, pero en mi interior, en algunos momentos de la observación me he visto o he visto reflejadas mis experiencias en los hechos que estaba presenciado. Por ejemplo, durante el trabajo de campo en los cursos grupales de preparación en el embarazo, algunas mujeres manifestaron sus contradicciones para pedir y para disponer de información sobre sus procesos, tomar decisiones, la lactancia materna, la participación de sus parejas en el epp, compatibilizar el cuidado de la criatura y el cuidado propio... Las matronas no reconocían estas dificultades y tensiones, las obviaban, y seguían indicando lo que había que hacer sin entender la complejidad de llevar eso a la práctica. Entonces sentía que tenía que intervenir repitiendo las ideas expuestas por las mujeres, algunas de las cuales también había vivido en primera persona, para visibilizar que son experiencias más contradictorias que claras, y que en estas tesituras están y hemos estado muchas mujeres, por lo que es necesario darles un lugar, pensar y ver conjuntamente entre sanitarias y mujeres, y también con los hombres, cómo hacemos para darles respuesta. Y no situarlas como casos excepcionales que les ocurren exclusivamente a determinadas mujeres, por ejemplo, a las de bajo nivel de estudios, socioeconómico o extranjeras.

Por tanto, desde el principio he partido de que yo misma había formado parte del mismo colectivo que las personas investigadas, y que este posicionamiento tenía que ver con el hecho de ser mujer y haber vivido un epp. E igualmente haber revisado cómo me he colocado yo con las mujeres cuando era sanitaria, los consejos e informaciones que las transmitía y cómo reproducía ciertas prácticas. A lo largo de la investigación, he ido transitando entre diferentes roles: ser mujer, ser investigadora y ser sanitaria, en la medida en que se sucedían diferentes acontecimientos en el trabajo de campo. Todos ellos me han ofrecido claves para comprender las ideologías y las

⁶⁹ El proyecto de investigación lo inicié en junio de 2003, fecha que coincidió con mi embarazo y aproveché para elaborar el marco teórico, el proyecto de la tesis y la presentación al Diploma de Estudios Avanzados en Antropología. En aquel tiempo también acudí a reuniones de la Asociación Liga de la Leche y El Parto Es Nuestro, aunque la observación participante en el área de estudio no comenzó hasta octubre de 2005.

prácticas en la atención a este proceso, tal y como las he plasmado en esta investigación⁷⁰.

3.3.4. El género de la persona que investiga

En concordancia con lo expuesto en el apartado anterior, la investigación está *situada* también por el género de la persona que investiga. Hay diferentes opiniones recogidas en la antropología sobre las dificultades de los hombres para acceder a determinados grupos formados por mujeres y para relacionarse con las mismas, y de la *“supuesta identidad femenina para poder acceder a las mujeres de otras culturas”* (Wolf, 1996:8–14; Gregorio, 2006:26)⁷¹.

En mi caso particular, el hecho de ser mujer ha condicionado tanto mi relación con las mujeres como con los hombres. Por un lado, por las dificultades de desprenderme de una identidad “compartida” como mujeres y situarla en aspectos concretos. Pero en la relación con las profesionales han tenido más relevancia otras variables, como el hecho de haber sido enfermera y trabajar en una institución de salud pública, pues yo conocía los códigos sobre cómo se atiende y funciona el sistema sanitario. Sin embargo, las profesionales utilizan en determinados momentos discursivos el argumento de ser madres o no serlo para completar su visión del tema, por lo que cómo abordaré en el capítulo 5, este hecho es determinante en el tipo de atención que prestan.

Mientras tanto, las mujeres entrevistadas han partido más del hecho de que las dos éramos mujeres, e incluso algunas han querido saber si yo había sido madre. Desde esa pregunta marcaban la necesidad de conocer qué tipo de mujer era para situarme y, a partir ahí, explicarme de una manera o de otra lo relativo a este proceso⁷². Esta ha sido ésta una cuestión recurrente, lo que cobra importancia en dos sentidos. Por un lado, la experiencia de haber sido paciente, de haber vivido un embarazo, parto y lactancia común a las mujeres entrevistadas, provocaba muletillas del tipo *“bueno ya sabes”*. Y,

⁷⁰ La geógrafa Cindy Katz (1994:67-72) habla del *espacio intermediario* en el trabajo de campo, es decir, la persona que investiga está en varios espacios a la vez, nunca se está totalmente dentro ni fuera del área del estudio y en todos ellos existen relaciones de poder. Relocalizar estos espacios para construir y cuestionar el trabajo es intentar transformar el área de estudio en algo dinámico, contextualizado en unos límites espaciales, sociales y políticos.

⁷¹ Carmen Gregorio (2006:2–39) revisa y recoge las diferentes publicaciones y etnografías en las que se ha revisado el ser mujeres, las relaciones de poder y los enfoques feministas en la antropología.

⁷² Resulta como mínimo curioso que aquellas entrevistadas que dieron por hecho que no era madre, en algún momento de la entrevista dejaron claro que era porque era muy joven, lo que nos remite a la visión social sobre que no se puede ser madre joven, o a que estuviera estudiando, *“cuando acabes y seas madre ya veras”*, decían. En todas estas afirmaciones se comprueba la vigencia del Ideal de la Maternidad que ya hemos descrito, sin dejar lugar a la posibilidad y voluntad de no querer tener hijos e hijas. Esto también sucedía cuando me preguntaban si quería tener más y yo respondía que no, me decían entonces que ya vería como sí, por lo que he comprobado lo difícil que es visibilizar socialmente que no se quieren tener más hijos e hijas.

por otro lado, se consideraba que podría entender mejor sus puntos de vista. He tenido pues que solicitar información para que no se diera por sentado que nuestras experiencias eran comunes. Desde ahí valoro que hay más riesgos que ventajas, y como apunta Imaz refuerza que se piense que sólo una madre puede saber lo que es la maternidad, que estas experiencias son semejantes, que no depende de condicionantes ni de procesos sociales, ni tampoco es parte de ellos y por último que la vivencia de la maternidad se da desde cada mujer, es una experiencia individual e intransferible (2008:22–23), todo ello contribuye a negar la posibilidad de la ciencia social.

Con respecto a los hombres, su accesibilidad ha estado condicionada por el tema de la investigación, que valoraban como algo de las mujeres en donde poco podían aportar. Esto también ha sido compartido por las mujeres y por algunas profesionales, que no entendían cómo ellos podrían dar cuenta de algo que no les pasaba, y de un sitio al que no acudían. Mis demandas de entrevistar a los hombres no han sido entendidas, y mucho menos cuando he señalado mi preferencia porque fueran entrevistas individuales, y no en pareja. Por ejemplo, en un par de entrevistas, los hombres me sugirieron que a ellos no les preguntase, que de eso “*yo sabría más que ellos*” (entrevistas a Ángel y Raúl). He repetido las razones por las que quería entrevistarlos, tanto en la captación como en el encuadre de la entrevista, y aún así me han remitido a que posteriormente entrevistase a sus mujeres, pues ellos no me podían exponer todo lo relativo a este proceso sanitario. Por ello, me he interrogado sobre si estas preguntas y respuestas se hubieran dado a un hombre que investigase este tema. El menor número de entrevistas realizadas a hombres es explicado también por las dificultades para concretar una cita y que ésta se produjera⁷³, y el mayor éxito en lograr la participación de los hombres fue a partir de la mediación de las mujeres, como comenta también Helen Roberts (1981:25–26).

Jordan (1993:7) señala que la observación de estos procesos debe ser realizada por mujeres, pues en diferentes grupos está asociado a las mujeres, sólo pueden entrar mujeres y se produce en el cuerpo de las mujeres. Sin embargo, cabría preguntarse qué hubiera supuesto que la persona que hubiera observado, tanto en sus consultas como en sus partos, hubiese sido un hombre. A este respecto, todas las investigaciones, tanto desde la antropología como desde otras disciplinas, proceden de mujeres, lo que nos llevaría a interrogarnos sobre la ausencia de hombres que hayan reflexionado sobre

⁷³ Cuando concluyeron dos de los cinco cursos de preparación grupales en los que habían acudido un gran número de parejas de las mujeres, convoqué a sus participantes a entrevistas grupales, una para las mujeres y otra para los hombres. Las de los hombres no pudieron realizarse porque no apareció ninguno. Para las entrevistas individuales he tenido problemas con tres hombres para encontrar una cita y hubo dos que no se presentaron a nuestra cita.

estos asuntos⁷⁴. Y la necesidad de que estos temas (embarazo, crianza, atención...) conlleven un interés y un debate social, entre mujeres y hombres.

Todas estas cuestiones nos hacen pensar que el hecho de ser hombres o mujeres condiciona no sólo la manera de situarnos ante los temas, sino también la relación con la población de estudio y la accesibilidad a determinadas conversaciones y temas, y exige la inclusión de dicha categoría en el diseño y desarrollo de las etnografías.

3.3.5. Las relaciones de poder y de igualdad en la investigación

Compartir el género con las mujeres destinatarias de la atención ha sido defendido por algunas antropólogas, por ejemplo por Wolf (1996:2-39), como un facilitador en la creación de unas relaciones de igualdad en la investigación. Esto se basa, por un lado, en las visiones de que las mujeres, tanto las investigadoras como las investigadas, tienden más a compartir, solidarizarse, desean igualdad y horizontalidad, lo cual se presupone más en las investigaciones cualitativas. Oakley (1981:45) por otra parte, en su investigación sobre la maternidad, menciona cómo en determinadas conversaciones la distancia entre la entrevistadora y la entrevistada se evade, pues las experiencias son comunes y se crean relaciones de solidaridad.

Desde mi punto de vista, esta afirmación encierra múltiples trampas y conduce a que dentro del marco de la "presunta" igualdad se perpetúen otras formas de opresión de género, como la invisibilización, la apropiación, la discriminación y la exclusión de determinados discursos de las mujeres, y de las relaciones de poder existentes en los procesos de investigación. Es decir, creo que las relaciones de investigación son siempre jerárquicas, independientemente del género de las personas investigadas y de las que investigan, pues quien diseña y desarrolla la investigación decide las posibilidades de la participación de las personas investigadas, tanto respecto a quiénes van a ser entrevistadas, qué mujeres –tanto sanitarias o no– tienen que hablar, qué hombres y hasta qué punto su participación es decisiva para dar cuenta del estudio, sobre qué temas tienen que girar las entrevistas, entre otros hechos⁷⁵. Más allá de que

⁷⁴ Al respecto es muy interesante la tesis de Sadler (2003), en el que revisa los estudios sobre hombres en torno a la paternidad. Observa cómo además de estar centrados en este tema, en muchos casos se han hecho por mujeres, pero existe una ausencia de datos sobre si ha habido hombres que hayan observado partos y la valoración de su papel en este asunto, tanto por ellos mismos como por las y los otros participantes en la observación.

⁷⁵ Muchas mujeres querían hablar intensamente sobre sus criaturas, si comían o no, si dormían o no, sus llantos... y yo evitaba que estos temas centrasen la entrevista e intentaba que me hablasen más sobre cómo estaban ellas, qué aspectos eran los que llevaban mejor o peor de esta etapa, los cambios, cómo veían lo de cuidar a sus criaturas, la participación de sus parejas, la atención recibida, entre otros temas. Asuntos que en ese momento para ellas no revestían la misma importancia que para mí.

en el trabajo de campo haya aperturas para integrar las visiones, decisiones y opciones de las mujeres, existen ciertos aspectos de la investigación que ya están definidos y algunos, como los tiempos, no pueden ser modificados ni siquiera por la propia investigadora.

Estas relaciones de poder igualmente aparecen en todo lo relativo al análisis y la representación. Son las personas observadas y entrevistadas las que nos ofrecen sus puntos de vista y al recogerlos, nos apropiarnos de ellos y construimos los hechos y a las mujeres. Diferentes autoras han llamado la atención sobre las construcciones que son elaboradas en las investigaciones y que llegan a crear antagonismos entre los sujetos (nosotras/ellas) con el potencial de violencia simbólica que conlleva todo ello. Conviene reflexionar sobre cómo construir la horizontalidad en el “trabajo de mesa”, cómo evitar enfatizar las diferencias estableciendo dicotomías o categorías cerradas o universalizar y homogeneizar (Stanley, 1990:27). A lo largo del trabajo nos ha preocupado mostrar cómo las mujeres y otros actores sociales se posicionan de una manera dinámica ante las ideologías y prácticas que surgen en la asistencia.

El desafío se halla en pensar cómo dar poder en las investigaciones a las poblaciones estudiadas, lo cual no sólo tiene que ver con unas dinámicas de reconocimiento e inclusión en el trabajo de campo, sino en articular cada investigación concreta para que sirva para sus intereses y preocupaciones. Oakley (1981:30–61) habla sobre la importancia de la contratransferencia en la investigación, pues las mujeres de su estudio tenían preguntas sobre su proceso de ser madres y valoraban que la investigadora sabía de este asunto y podría darles respuesta. En mi caso, esto me ha llevado a acompañar a mujeres en algunos momentos de su atención sanitaria, hacer comprensible la información no explicada por sus profesionales, participar en la toma de decisiones, ayudar en el cuidado de las criaturas durante las entrevistas en el domicilio, resolver problemas con la lactancia materna o artificial, y recomendar autocuidados. Todas estas acciones he intentado hacerlas después de la entrevista como una forma de devolución a los discursos y tiempos que me han entregado. También se ha realizado una devolución de los datos en forma de informes y de algunas entrevistas, lo que ha conllevado conflictos pues las personas no se ven reflejadas en lo escrito y sugieren lo que querían haber dicho.

A su vez, las relaciones de poder se observan a través de las relaciones de interés y colaboración en la investigación, lo que queda recogido en algunas entrevistas con mujeres. En cambio, las profesionales han estimado mi estudio más desde cierta sospecha e intromisión en su trabajo. Al respecto una matrona me decía: “*Tienes que*

ver, que tú ahora te metes en su trabajo, y aunque eres una compañera, y entienden lo que estás haciendo, esto no gusta. Nadie te va a decir que no le acompañes, pero valora si te entrometes, diciendo cosas a las mujeres” (Jimena, matrona, 33 años, no madre, Villafranca).

Esto se ha traducido en que en muchas ocasiones durante la observación he percibido que era yo quien demandaba información, quien les perseguía, y si no estaba pendiente, y me encontraba conversando en alguna habitación, se producían cambios en las mujeres observadas sin que nadie me avisase⁷⁶. El rol de intrusa se ha hecho más visible en los paritorios que en el resto de los lugares de observación, donde a pesar del paso del tiempo no he percibido un mayor interés en mi estudio: las repetidas preguntas sobre por qué las profesionales eran objeto de estudio, sus evasiones para responder a mis preguntas, que nadie te salude, te hable, te diga “vamos a tomar un café ¿te vienes?”, sepan tu nombre después de un tiempo... han sido formas en mi opinión de invisibilizarme y de invisibilizar mi investigación, de no querer darme un lugar y tenían el poder para hacerlo y así resistirse a ser estudiadas o a participar en la misma. Lo cual, en ciertas ocasiones, ha supuesto más desánimo, desgaste y un acicate para cerrar la observación en ese lugar, que una oportunidad para reflexionar y profundizar en estas cuestiones.

3.3.6. Las preguntas y sus efectos

Oakley (1981:30–61) considera que hemos aprendido un modelo masculino de entrevistas, basado en la experiencia de hombres entrevistadores que entrevistan a hombres, sin valorar que las mujeres no están socializadas en la elaboración de sus propios puntos de vista sobre diferentes asuntos, y generalmente transmiten los discursos sociales comunes⁷⁷. Al respecto, en mi investigación he encontrado que había temas sobre los que las mujeres no habían pensado y no tenían opinión y yo les he sugerido que los pensasen para otro encuentro. Algunas mujeres en siguientes encuentros me ofrecieron puntos de vista diferentes después de haberlos reflexionado. Las mujeres han incorporado el lenguaje biomédico y sus lógicas, sin entenderlo, cómo sucedía en algunas entrevistas en lo relativo a algunas pruebas como el screening. Como señala Rapp (1999:119–135), las mujeres repiten los términos y razones

⁷⁶ Como forma de organización en los servicios de paritorio y puerperio, cada mañana acompañaba a dos profesionales y estaba con sus pacientes; entregando los consentimientos sólo a esas profesionales y mujeres.

⁷⁷ En el trabajo de campo se observa cómo los hombres les cuesta expresar y hablar sobre la paternidad y sus sentimientos. Así, ante la paternidad/maternidad y la opinión de la atención sanitaria resulta difícil hallar discursos durante la observación que no salgan del “*muy bien*” e incluso en algunas entrevistas a posteriori, en los domicilios, que aparezcan críticas o dificultades ante estos discursos hegemónicos de aceptación.

biomédicas, lo que les da una aparente sensación de control sobre este asunto sin comprender sus significados e implicaciones, y excluyen otras cuestiones como sus deseos, miedos y valores ante el aborto, la discapacidad y la eficacia biomédica.

Marjorie Devault (1999:94–95) observa que la aparición en las entrevistas de expresiones como el “ya sabes”, los silencios, las dudas, los rodeos, etc., muestran las dificultades para ofrecer discursos propios. Por lo tanto, mi papel en algunas entrevistas fue el de promover la apertura a temas que ellas no habían sacado, y devolverles en forma de preguntas sus contradicciones, lo cual también me ha llevado a hacerme consciente de cómo he intervenido sobre la realidad, y que sin duda he provocado que las mujeres pensasen ciertos temas. Algunos de estos asuntos, difíciles y complejos, se relacionaban con la participación de los hombres en sus epp, con la posibilidad de solicitar información a sus profesionales y con el papel de la maternidad en sus vidas. Por ejemplo con una mujer, Clara, mantuve un par de conversaciones después de los cursos de preparación grupales en uno de los centros de salud sobre la participación de su pareja en su embarazo. En la última conversación –luego no acudí al resto del curso– noté que estuvo a punto de llorar, y aunque intenté descubrir por qué, sólo hubo silencio. No quiero decir que mi conversación provocase que Clara ya no viniese, sino que pretendo rescatar las reacciones de algunas mujeres ante nuestras conversaciones, puesto que preguntar sobre determinados temas, sacar a la luz las contradicciones, puede movilizar a algunas mujeres. Y eso puede relacionarse con que la investigación se convierta de algún modo en un proceso de “concientización” (Mies 1983:138), tanto para los científicos sociales que realizan la investigación como para los sujetos investigados. Una cuestión, por otra parte, no buscada inicialmente, a pesar de reconocer que abordar la igualdad en lo cotidiano sí ha tenido un impacto en algunas mujeres, al obligarles a pensar en algunas vivencias no resueltas.

Otra tensión presente en la etnografía se derivó de las formas de intervenir en la realidad, ya que la propia investigación es, desde luego, un tipo de intervención. No sólo porque construye discursos sobre la población y el objeto de estudio, sino también porque la acción de la persona investigadora incide en la vida de las personas sujetos de estudio. A veces, simplemente al hacerlas protagonistas, al preguntar y suscitarles su reflexión. La persona que investiga, al ser testigo de muchos procesos de comunicación dónde existen tensiones derivadas de las condiciones en que se dan estas interacciones (poco tiempo para ver a las pacientes, resolución sólo de problemáticas biomédicas, asimetría en la relación, burocracia en la atención, sistema de citas, etc.),

puede mediar en ellos⁷⁸. En mi caso, a diferencia de otras investigaciones, he hecho una apuesta por la intervención, pues no era ajena a lo que sucede, era testigo de este encuadre dónde se dan malentendidos y confusiones, y se ejercita el poder por parte de la institución sanitaria para controlar las vidas de las personas. He intentado hacerme consciente de esto y he ido intentando explicitarlo y manejarlo de la mejor manera posible.

3.3.7. Los diferentes significados de la igualdad

A lo largo de todo el trabajo de campo nos hemos preguntado si la igualdad es similar para todas las mujeres ante este proceso sanitario. Esto se vincula con la propuesta de Ginsburg (1998:189) en su etnografía sobre las mujeres y el aborto en EEUU, en la que concluye que existirían múltiples proyectos feministas y todas las mujeres se colocaban a favor de las mujeres, pero unas en relación a defender que el aborto era algo negativo y otras sobre la potestad de las mujeres para elegir. Ambos posicionamientos habían supuesto una revisión de lo que es ser mujer y sus relaciones socioculturales. Así, en el caso que nos ocupa, todas las mujeres participantes en el estudio renuevan y resignifican qué es ser mujer ante la maternidad, aunque sus posiciones sean diversas, lo que se relaciona, precisamente, con la multiplicidad de puntos de vista sobre un asunto como éste. Sin embargo, se observa la tendencia de una gran mayoría de profesionales, asociaciones y mujeres a proponer discursos y modelos unívocos sobre lo que les conviene y sobre lo que es mejor para las mujeres, mientras el resto de las posiciones no son consideradas como veremos a lo largo de la tesis.

Asimismo, visibilizar las contradicciones y las dificultades para la igualdad es un asunto complejo, pues supone un proceso de toma de conciencia en el que no hay vuelta atrás, y en el que las constricciones se hacen más evidentes. Desde ahí algunas mujeres muestran la falta de posibilidades para salir de esas situaciones, como el caso que citamos a continuación: *“¿Qué me gustaría? Eso da igual, las cosas son como son, y yo tengo que levantarme cada mañana a barrer, llevar a las niñas al cole, ir a la oficina, pero tengo esto, ¿qué le voy a hacer? Tomármelo con filosofía”* (Natalia, 37 años, dos hijas y un hijo, tres embarazos, trabaja sólo en casa, Villafranca).

Por lo dicho, entender los discursos de las mujeres, los elementos de desigualdad que son visibles, las variaciones en las posiciones de las profesionales, la naturalización o

⁷⁸ Hubo una reclamación y cómo se registran tan pocos datos en la historia clínica, una de las enfermeras me preguntó si yo había estado en esa consulta, qué médico la había atendido y cómo había sido todo el proceso. Luego me agradecieron y señalaron lo útil que podía ser este tipo de descripciones.

normalización de la falta de oportunidades o de otras situaciones de las mujeres, nos aporta elementos sobre el complejo momento actual, en el que hay una aparente igualdad que no se da en todos los ámbitos de la vida de las mujeres, ni en todos los contextos en que se desarrollan sus vidas.

SEGUNDA PARTE

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
IDEOLOGIAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:
EL CASO DEL AREA 12 DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Maria Isabel Blázquez Rodríguez
ISBN:978-84-692-5930-6/DL:T-1669-2009

4. ITINERARIO SANITARIO ASISTENCIAL

En el marco teórico señalamos que el sistema médico hegemónico ha organizado una serie de recursos para atender cada etapa del epp, de modo que queda establecido un itinerario con una serie de centros, profesionales y actividades para cada una de ellas. Esta fragmentación en la organización de la atención sanitaria se da en dos niveles asistenciales y con distintos grupos profesionales, que atienden en cada momento y en cada lugar –las matronas en atención primaria y las obstetras en los centros de especialidades y en el hospital–. A continuación, se describe de una forma secuencial cada una de estas etapas, que son las siguientes:

- El embarazo, en los centros de salud y las consultas de especialidades (4.1.).
- El parto, en los servicios de urgencias y paritorios (4.2.).
- El puerperio, en los paritorios, servicios de puerperio y centros de salud (4.3.).

Éste es el trayecto que siguen las mujeres durante el epp, el itinerario que está socialmente reconocido incluso en la atención privada, y el que se sigue aunque varíe el personal sanitario que dirige y atiende en cada etapa.

Desde los datos recogidos en el trabajo de campo, se compara en este capítulo lo que aparece en los protocolos sanitarios con lo que sucede en la realidad, lo que ocurre en este área y en otras, y las diferencias existentes entre los dos municipios que la conforman, aportando algunas explicaciones de estas variaciones.

A partir de estas descripciones, en los siguientes capítulos se estructuran los datos encontrados en relación al análisis de las ideologías y prácticas de género. Pero para ello es necesario conocer previamente cuál es el proceso asistencial establecido, que como decimos es el objetivo de este capítulo. Pasemos pues a presentarlo.

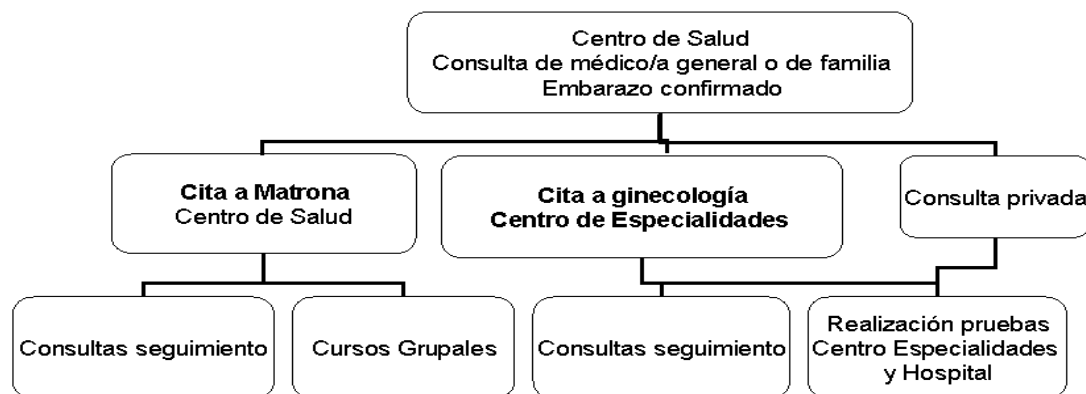
4.1. LA ASISTENCIA AL EMBARAZO

Ante la sospecha de embarazo, la mayoría de las mujeres suelen hacer en sus domicilios un test que compran en las farmacias⁷⁹. Aquellas mujeres que tienen

⁷⁹ El primer dato de aviso de embarazo es la ausencia del ciclo menstrual, aunque en algunos casos esto no es así ya que se puede tener el ciclo y estar embarazada. Si el embarazo estaba planificado, esta prueba se hace tempranamente; algunas mujeres nos dijeron que se la hicieron el mismo día de la falta de ciclo, por lo que a veces no ofrece un resultado positivo y se tienen que realizar varios tests. Detectan la presencia en la orina de una hormona que se produce cuando hay embarazo (hormona gonadotropina coriónica humana o hGC). Lo recomendado es que el test se haga a los quince días después de la fecundación, fecha que no siempre se conoce, por lo que se indica que se haga al menos un día

sospechas pero no se lo hacen, y las que han obtenido un resultado positivo, acuden a su centro de salud de atención primaria para informar de esta situación y así iniciar el control del epp. Independientemente de que algunas mujeres hayan realizado este diagnóstico, el mismo se repite en el centro sanitario, basándose en la misma técnica⁸⁰. Una vez confirmado el embarazo⁸¹, y siguiendo el protocolo establecido, se da comienzo a dos trayectorias que las mujeres deben seguir simultáneamente y se les entregan dos volantes para que pidan la correspondiente cita. El primero es para la consulta de la matrona del mismo centro de salud, y el segundo para la consulta de tocoginecología del centro de especialidades que corresponde al otro nivel asistencial, donde atiende el personal médico de obstetricia y ginecología junto con las enfermeras. En el siguiente gráfico se recogen de forma esquemática las trayectorias que siguen las mujeres, tanto aquellas que deciden que toda la atención sea realizada en centros públicos, como las que lo hacen en privados y las que utilizan ambas modalidades – como el caso de aquellas que el seguimiento obstétrico se realiza en la privada y acuden en los centros de salud al seguimiento por las matronas–.

Gráfico 8. Trayectos sanitarios y tipo de atención durante el embarazo.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la observación.

después del retraso de la regla. El resultado negativo no confirma que no haya embarazo, por lo que se tendría que repetir a los cinco o seis días. Según las marcas comerciales, el test cuesta entre 15 € y 25 €.

⁸⁰ A muchas mujeres les sorprende que nuevamente tengan que hacerse una analítica de orina cuando han hecho un test previo con un resultado positivo. Una matrona me comentó al respecto que es necesario “comprobar que la mujer no se ha equivocado” (María, matrona, 45 años, madre, Villafranca).

⁸¹ “Debe realizarse la confirmación del embarazo mediante test inmunológico de la hCG en orina, que se positiviza a la semana de la primera falta en el 95% de los casos. Si el test es negativo, persiste la amenorrea y se trata de una mujer con ciclos regulares, repetiremos el test a los 7 días del primero. Si persiste la duda se debe determinar la β -hCG libre en sangre” (Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria en Embarazo, en: www.193.145.164.73/docs/dac/guiaspa016embarazo.pdf).

Más allá de que sea en un centro privado o público, se sigue un proceso similar de atención basado en consultas distribuidas a lo largo de todo el embarazo y en el cumplimiento de diferentes actividades y pruebas diagnósticas.

A continuación, describimos cómo atienden y es el trabajo de las matronas en los centros de salud, para después pasar al de las obstetras.

4.1.1. Centros de salud y matronas

La atención que se presta en los centros de salud durante el embarazo está definida en el programa asistencial del área, que es común para las matronas de Villafranca y Noceda. Además, trimestralmente tienen reuniones conjuntas con la Dirección de Enfermería del área, para coordinar y unificar su práctica.

En cada centro de salud hay una matrona que tiene una consulta donde atiende el embarazo, junto con otras demandas de las mujeres relativas a la salud sexual y reproductiva⁸². Las actividades que realizan para atender a las mujeres gestantes son de dos tipos: consultas individuales y cursos grupales.

4.1.1.1. Las consultas individuales

En los protocolos se recomienda que las mujeres sean vistas por sus matronas lo más tempranamente posible. De hecho, el protocolo establece que haya una captación precoz antes de la duodécima semana de embarazo, y lo contrario es entendido como un factor de riesgo. Si la cobertura es temprana, queda además recogido en la evaluación de la atención como un indicador de calidad.

Esta primera cita consiste en la apertura de la historia sanitaria de la mujer. Primero se recogen datos sociodemográficos como edad, estado civil⁸³, situación laboral y

⁸² Algunas matronas suelen dividir su trabajo entre uno o dos centros de salud, según el número de nacimientos por centro. Este es el caso de algunas de nuestras participantes: una trabaja al mismo tiempo en un centro de Noceda y otro de Villafranca, y la otra entre dos centros de salud de Noceda. Además, su trabajo se divide entre el turno de mañana y de tarde, y están varios días en cada turno para dar cobertura en diferentes horarios a las mujeres. Tanto en la mañana como en la tarde dividen su jornada entre consultas y cursos grupales de los tres niveles: los dos primeros, que son en el embarazo, y el tercero en el puerperio. Las citas se dan a demanda de las usuarias, programadas por ellas o derivadas del médico o médica de familia o de la enfermera. Entre las otras actividades que realizan está la educación sanitaria sobre sexualidad, prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos, información sobre métodos anticonceptivos, prevención y atención a patologías como cáncer de mama, cervix y problemas en la menopausia.

⁸³ Se pregunta si está casada o tiene marido. En pocos casos se utiliza el término "pareja", y cuando se usa se da por entendido que es un hombre. Stoller (1974:14-15) critica la recogida del estatus marital pues denota que todas las mujeres tienen que estar casadas, y actualmente, como indicamos en el capítulo 1, tres de cada diez mujeres no lo están. Por ejemplo en Canarias, casi la mitad de los nacimientos se dan en mujeres no casadas, y la tendencia es creciente (INE, 2008). Como ya hemos visto, esto indica que el matrimonio y la reproducción son dos fenómenos que están adquiriendo cada vez más autonomía.

personas con las que convive. A continuación, se valora su situación de salud siguiendo los patrones funcionales de Gordons⁸⁴ para definir si las mujeres están sanas o tienen problemas de salud. En el programa informático, se pide a la matrona que indique si el patrón está normal o alterado, y un diagnóstico de enfermería al respecto⁸⁵.

La recogida de esta información se lleva a cabo mediante preguntas abiertas y de forma simultánea, en función de las respuestas de la mujer, se le van transmitiendo consejos sobre qué cambios debe efectuar en sus hábitos de vida durante el embarazo. Aunque se pretende que se establezca un diálogo, en la mayoría de las ocasiones puede recordar a un interrogatorio. Especialmente cuando la matrona va transcribiendo las respuestas al ordenador al mismo tiempo que se realizan las preguntas, de tal forma que no se da –ni se favorece– una interacción directa entre la mujer y la matrona.

En el patrón de sexualidad y reproducción se recogen todos los aspectos relacionados con anteriores gestaciones (número de embarazos y partos, tipo de partos –vaginales o no–, problemas en el embarazo, parto o puerperio, número de hijos e hijas nacidos, su estado de salud, si hubo lactancia materna y durante cuánto tiempo). Se pregunta asimismo sobre su gestación actual: fecha de su último ciclo, regularidad y duración, deseo del embarazo, problemas, última visita a ginecología y si se han realizado algunas pruebas como citología, analíticas y ecografías.

Después de este primer tiempo de la consulta, que se puede sintetizar en la apertura de la historia sanitaria, se explica cuál es el protocolo asistencial por parte de las matronas, lo que son los cursos grupales, a los que se les invita a acudir, señalándole las fechas que, en función de su embarazo, mejor le convienen.

La consulta se completa en algunos casos con una exploración genital cuando es preciso hacer una citología o si existen problemas como incontinencia u otros. Además, se le comenta a la mujer que puede pedir cita con la matrona siempre que lo desee. Para cerrar la visita, se le preguntan sus dudas y se le da información escrita sobre su embarazo en forma de folletos y otros documentos. Estas visitas suelen tener una duración de unos 45 minutos.

⁸⁴ El modelo de patrones funcionales fue elaborado por una enfermera, Marjory Gordons, y es el que se ha utilizado como base para la atención de enfermería en atención primaria. Por tanto, es la que hay en la historia, tanto en papel como informatizada. Estos once patrones funcionales son: percepción de salud, alimentación, eliminación (urinaria e intestinal), actividad física, descanso y sueño, relaciones sociales, autoconcepto, cognitivo–perceptual, sexualidad y reproducción, adaptación o tolerancia al estrés y valores o creencias.

⁸⁵ Un diagnóstico de enfermería es “un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/ problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente” (NANDA, 2007); por ejemplo, “alteración del bienestar en relación a dolor”.

Se aprecian en estas visitas las visiones de las matronas sobre la salud de las mujeres, los recursos y la información que les proporcionan para sus cuidados, los aspectos sobre sus vidas que no son tratados o que son dados por supuestos, como por ejemplo el tener pareja, la relación de apoyo de la misma, el deseo del embarazo, el conocimiento de algunos términos médicos y del circuito sanitario. Igualmente, se observa el desconocimiento o el desinterés de algunas matronas sobre los protocolos y las intervenciones en los otros servicios o sobre las pruebas y tratamientos médicos. Por parte de las mujeres, se reflejan los temas que les interesan, los aspectos que valoran positivamente de la atención sanitaria, sus redes sociales, sus oportunidades para el cuidado, los conocimientos que tienen sobre el itinerario y las fuentes que utilizan y tienen sobre su epp.

La secuencia de esta primera visita se repite en las sucesivas a lo largo del embarazo. Las citas pueden ser por demanda de las mujeres, por protocolo⁸⁶ o porque la matrona las considere necesarias según cada mujer. Independientemente del motivo se intenta, según los tiempos, volver a revisar las áreas de la salud de las mujeres y darles consejos sanitarios.

4.1.1.2. Los cursos grupales

Como explicamos en el capítulo 1 (1.2.3.) el protocolo que se sigue en este área establece tres niveles para realizar la educación para la salud a las mujeres, y que se lleva a cabo mediante cursos grupales. Los dos primeros corresponden al embarazo, y el tercer nivel al postparto.

Los cursos de nivel I: están dirigidos a las mujeres en el segundo trimestre del embarazo (de la semana 16 a la 26) y se incluyen a sus parejas, con el objetivo de que:

“Las embarazadas y sus parejas expresen sus inquietudes en esta etapa del embarazo, reorganicen sus conocimientos sobre los cambios físicos, psicológicos y sociales y sus cuidados en esta etapa de su vida, y adquieran habilidades en ejercicios orientados a prevenir la incontinencia urinaria y el dolor de espalda” (Proyecto Marco de Educación para la Maternidad/Paternidad en el Embarazo, Parto y Postparto Inmediato, área 12, 2001:14).

Según el protocolo, los contenidos deben dirigirse a explicar los cuidados que tienen que tener las mujeres en esta etapa, los motivos de consulta, las relaciones sexuales y el

⁸⁶ En el protocolo de la zona de Villafranca de seguimiento del embarazo, se establecen dos visitas obligatorias con la matrona, la primera en la semana 30 y la segunda alrededor de la semana 37. Las matronas de la otra zona también intentan tener una visita en este periodo, pero ello depende del nivel de saturación que tenga su consulta.

aprendizaje de ejercicios (respiración abdominal, ejercicios de Kegel⁸⁷ y autoestiramiento de la columna). En la práctica, las matronas convocan a las mujeres y a sus parejas a una sesión de dos horas, donde explican parte de estos contenidos, ya que algunos como los ejercicios son abordados en los cursos del nivel II. Asimismo, se informa sobre cuál es el protocolo asistencial durante todo el epp, dónde y por quién van a ser atendidas, y se les pide que traigan su historia clínica para traducirles los términos médicos, además de las pruebas y analíticas que les están realizando. Estos cambios, según las matronas, han surgido de la demanda de las mujeres: *“Después de la consulta con el tocólogo venían con un montón de preguntas, a veces explicabas en consultas sucesivas, a diferentes mujeres, tres veces lo mismo. Así que hablé con otras matronas del área sanitaria y les pregunté cómo hacían ellas y me dijeron esto”* (Sol, matrona, 50 años, madre, Noceda).

De modo que las matronas introducen variaciones en los protocolos y unifican sus actuaciones al margen del protocolo, y las mujeres agradecen y están muy satisfechas con esta sesión, pues empiezan a entender mejor qué se les hace y por qué.

Los cursos de nivel II: se denominan de diferentes maneras: preparación del embarazo, psicoprofilaxis obstétrica, preparación maternal o a la maternidad o al parto. Bajo cada término se perfilan enfoques diferentes del proceso. Los cursos de este nivel se imparten en el tercer trimestre del embarazo (de la 28 a 32 semana) con ocho sesiones, que tienen una duración de dos horas semanales en aproximadamente dos meses. Las matronas llevan simultáneamente, a lo largo de la semana, varios grupos. Y cuando concluyen dejan una semana sin sesiones grupales para dedicar ese tiempo al registro. En la siguiente semana vuelven a iniciar estos cursos con nuevos grupos. De tal manera que si hay mujeres que se incorporan más tarde, faltan a alguna sesión o se les va a adelantar el parto, pueden incorporarse continuamente a uno de los grupos en marcha.

Cada sesión comienza con una exposición teórica impartida por la matrona acerca del tema en cuestión; acto seguido se completa con un video o con documentación escrita, y se abre un espacio de debate. Posteriormente se reserva una parte del tiempo para hacer ejercicios respiratorios o gimnasia.

Estas sesiones incluyen los contenidos que se presentan en la siguiente tabla⁸⁸:

⁸⁷ Estos ejercicios son para ayudar a la contracción de los músculos de la zona pélvica y para mejorar la función del esfínter de la uretra y el recto. Se enseñan para facilitar el parto y prevenir la incontinencia urinaria.

⁸⁸ Estos contenidos difieren de los del protocolo, que propone una única sesión sobre lactancia, otra sobre respiraciones y en dos sesiones el puerperio. Las matronas prefieren dar más información sobre la lactancia, unir los cuidados de la mujer y de la criatura en una sesión y visitar un día el hospital. E incluir respiraciones y ejercicios en todas las sesiones.

Tabla 10. Contenidos de las sesiones de los cursos de nivel II.

SESIONES	Primera	Preocupaciones en esta etapa
	Segunda	Cambios en el embarazo
	Tercera	El parto
	Cuarta	
	Quinta	Visita al hospital
	Sexta	Lactancia materna
	Séptima	
	Octava	Puerperio y cuidados del recién nacido

Fuente: Proyecto Marco de Educación para la Maternidad/Paternidad en el Embarazo, Parto y Postparto Inmediato, área 12, 2001.

Durante el tiempo de trabajo de campo he asistido a cuatro grupos de diferentes centros, con diferentes matronas y en diferentes horarios, dos de mañana y dos de tarde, observando las diferencias y similitudes entre ambos. En cuanto a la estructura y a los contenidos, se destaca que todas las matronas tienen un estilo similar de trabajo y las variaciones tienen que ver con dar más tiempo a la exposición de los contenidos, a la participación de las mujeres y sus acompañantes y/o a los ejercicios.

Este tipo de cursos se plantean con el propósito de proporcionar información a las mujeres sobre todo este proceso, anticipándoles cuáles son las prácticas sanitarias que les van a ser realizadas. Sin embargo, los contenidos son transmitidos de una manera más instructiva, o no, según la matrona de la que se trate. En los contenidos y la forma de presentarlos, se muestran las ideologías que tienen estas profesionales sobre las relaciones de pareja, el lugar de las pacientes en la atención, el rol del personal y los modelos de asistencia. De modo que se insta a las mujeres a que sus visiones de la atención sanitaria y del epp sean las que tienen sus profesionales, se presenta el modelo biomédico y su quehacer como científico, objetivo y el más eficaz para atender el epp, o se introducen críticas y se permiten otras propuestas por parte de las mujeres.

4.1.2. Centros de especialidades y obstetras

La atención de este nivel se lleva a cabo en dos centros de especialidades, uno para cada zona del área sanitaria, al que le corresponde un hospital y presta atención el personal de ginecología del mismo. Las variaciones se vinculan con el menor número de consultas y la participación de las matronas por protocolo en Villafranca. El resto de los cambios derivan de la diversidad intraprofesional entre las obstetras. Por tanto, presentamos este itinerario de una forma conjunta, incluyendo cuando corresponda los aspectos diferenciales.

En ambos centros hay dos consultas de control del embarazo⁸⁹, que son atendidas cada una por una obstetra y una enfermera. El personal médico rota, además de en estas consultas de obstetricia, en las de ecografías y de ginecología, y en el hospital lo hacen entre la consulta de embarazo de alto riesgo, ecografías, urgencias, paritorio y puerperio.

En la primera visita se valoran los factores de riesgo de cada mujer y se decide si el embarazo es de riesgo, lo que exige el seguimiento en la consulta de alto riesgo del hospital. Si se define que es un embarazo “normal”⁹⁰ (esto sucede en la mayoría de las mujeres) acude a este centro de especialidades. Asimismo, si a lo largo del embarazo fuese necesario, se puede derivar a esta consulta.

El número de visitas en el embarazo considerado “normal” son ocho, incluida la visita para la ecografía del segundo trimestre, más la visita del tercer trimestre en la consulta de la matrona del centro de salud. A continuación se describen las visitas que se llevan a cabo con sus actividades respectivas.

4.1.2.1. Primera visita de control del embarazo: antes de la 12 semana

En esta consulta se realiza la primera ecografía, se abre la historia obstétrica y se clasifica el embarazo como de riesgo o no. En Villafranca se realiza en la sala de ecografías, donde se hace la primera y tercera del embarazo⁹¹.

La enfermera o auxiliar va saliendo y pidiendo las hojas de cita, y según van llegando las mujeres son atendidas. Al entrar en la consulta, enfrente está la mesa del personal sanitario y dos sillas para sentarse la mujer y su acompañante. A continuación, una sala oscura dónde está el ecógrafo (en un centro) y tras una cortina (en el otro).

Esta primera visita tiene una secuencia típica independientemente de la mujer y del personal médico que presta la atención, que comprende tres tiempos: el primero de ellos, dirigido a la apertura de la historia y a la entrevista; el segundo, para la

⁸⁹ Las mujeres son asignadas aleatoriamente a una de estas consultas, excepto aquellas que en anteriores embarazos han ido a una de ellas, que vuelven a ser citadas en la misma, o las que demandan a una obstetra determinada. Esto cada vez es menos posible porque existe una mayor tendencia a que todas roten por todas las áreas de trabajo, y de este modo no hay una obstetra fija en la consulta. Aunque algunas profesionales intentan hacer cambios para mostrar sus preferencias y resistencias a la hora de trabajar en unas u otras áreas de su especialidad.

⁹⁰ Como abordaremos en el siguiente capítulo, no hay ningún embarazo que se considere sin riesgo, pero aquellos que no tienen un riesgo alto son considerados normales.

⁹¹ Se intenta que la primera ecografía sea en la primera parte de la mañana y en la segunda se hagan las ecografías del tercer trimestre, aunque esto no siempre es así por cambios en las citaciones, bien debidos a las usuarias o al propio personal sanitario, que ajusta la consulta para que no haya huecos libres y adelanta algunas citas en torno al tiempo de descanso. En Noceda esta primera consulta se lleva a cabo en la misma sala que en las sucesivas, donde se dispone de un ecógrafo para esta primera visita, pero la ecografía del tercer trimestre se hace en otra sala con un equipo de mejor resolución.

realización de la ecografía; y el tercero para la información sanitaria. En el primer tiempo se pregunta a la mujer sobre su salud general (enfermedades o problemas de salud actuales o anteriores, antecedentes familiares y hábitos tóxicos –si fuma, bebe o consume drogas o algún fármaco–), su salud reproductiva (fecha del último ciclo menstrual, duración y frecuencia de los mismos, número de embarazos, hijas e hijos, problemas en los embarazos y partos) y su percepción actual de su salud. A continuación, se realiza la ecografía en una sala anexa donde no se permite el paso a su acompañante hasta finalizar la prueba, y cuando entra se les informa de si tienen un solo embrión o feto, de si está vivo o no, de su edad en semanas y de que “aparentemente todo está normal”. Después, la mujer se viste y vuelve a la primera sala donde se le entrega una hoja en la que constan los datos recogidos sobre la situación de salud de la mujer y del feto, y dos volantes para pedir una cita para la analítica⁹² y otra para la siguiente consulta.

En esta primera visita aparecen mujeres que han sido citadas con gestaciones de ocho y nueve semanas y otras con trece semanas ó más. El personal de obstetricia indica que todas las mujeres deberían acudir entre la décima y doceava semana, ya que en la ecografía realizan unas mediciones al feto para valorar el riesgo de malformaciones, y fuera de ese periodo los resultados podrían estar alterados. Sin embargo, esto no es conocido por las mujeres y tampoco por las profesionales de atención primaria, quienes captan a las mujeres embarazadas y solicitan la cita para esta consulta del centro de especialidades.

En Noceda se detecta una mayor arbitrariedad en esta primera cita. En ocasiones llegan mujeres con un embarazo de siete semanas, que al ser tan incipiente es todavía un saco embrionario del que se desconoce si evolucionará en un embrión o no, ya que todavía no tiene latido. Por ello, uno de los obstetras apuntaba que *“al atender tan tempranamente estamos diagnosticando abortos”* (Pedro, obstetra, 50 años, padre, Noceda).

4.1.2.2. Segunda visita de control del embarazo normal: semana 12 a 14

La segunda visita se efectúa una vez que ya están los resultados de la ecografía y de las analíticas. La principal actividad es la de informar a la mujer sobre estos datos y sobre el riesgo de malformaciones, que es el screening del primer trimestre, aunque se conoce

⁹² En esta primera visita se solicita una analítica de sangre y otra de orina. Además, a algunas mujeres se les realiza también la prueba de sobrecarga oral de glucosa, que está protocolizada en el segundo trimestre. El equipo de obstetricia señala que se hace a mujeres con índice de masa corporal mayor de 27, mayores de 35 años, con antecedentes de familiares de primer grado de diabetes mellitas, anterior diabetes gestacional y que hayan tenido un feto muerto. Esta información no la manejan las mujeres.

como “triple screening”, que analizaremos en el siguiente capítulo. En la manera de informar se observa una enorme variabilidad entre profesionales, variaciones que comentamos también en el capítulo 5. Otras actividades específicas de esta visita se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Actividades de la segunda visita de control del embarazo.

- Se comprueba que la mujer está tomando complementos de yodo y ácido fólico.
- Se administran complementos vitamínicos según la valoración del estado nutricional de la mujer y la demanda de las propias mujeres.
- Toma de peso y de tensión arterial.
- Si no tiene citología en el último año o algún problema se efectúa.
- Se le cita para la segunda ecografía de control del embarazo.
- Solicitud de analítica del segundo trimestre que incluyen el test de O’Sullivan⁹³ para medir el nivel de tolerancia de la mujer a la metabolización del azúcar. Además análisis de orina.
- Entrega de hoja para solicitar cita para la siguiente consulta, en la que le darán los resultados de las anteriores pruebas.
- A partir de esta consulta y en las sucesivas, se informa de los signos de alarma en un embarazo: sangrado abundante, dejar de oír el latido fetal o un golpe fuerte abdominal. En estos casos se le señala que acuda a urgencias del hospital.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la observación.

4.1.2.3. Tercera visita de la 20 semana: realización de ecografía del 2º trimestre en el hospital

Antes de la siguiente visita se hace la ecografía en el hospital donde hay mejores equipos y obstetras especialistas en esta técnica. Esta ecografía es la que sirve para diagnosticar malformaciones. Se permite a las mujeres que vengan acompañadas por una persona y, después de la realización de la prueba, se le informa de sus resultados, que son anotados en su historia.

4.1.2.4. Cuarta visita de control del embarazo normal: semanas 26 a 28

Las actividades específicas de esta consulta se muestran en el siguiente cuadro:

⁹³ Esta prueba se hace entre las 24 y 26 semanas y consiste en un primer pinchazo y extracción de sangre junto al resto de los análisis de este trimestre. Posteriormente, se le da a la mujer de beber una solución de glucosa. Y a la hora se le repite la analítica. Se le informa a la mujer de que tendrá que permanecer más de una hora en el centro de especialidades para la prueba.

Cuadro 2. Actividades de la tercera visita de control del embarazo.

- Valoración de la posible existencia de diabetes gestacional.
- Suspensión de la toma del suplemento vitamínico de ácido fólico.
- Recordatorio de continuidad de ingesta del suplemento de yodo hasta la lactancia.
- En función de los niveles de hierro se propone la toma de suplementos⁹⁴.
- En Villafranca: información sobre la próxima visita con su matrona del centro de salud alrededor de las 30 semanas. Se pregunta si desea dar lactancia materna a su criatura y en caso de respuesta negativa se le explican sus ventajas.
- En caso de que el Rh (antígeno de los hematíes) de la mujer sea negativo y el de su pareja positivo, previa comprobación mediante la analítica del primer trimestre, se entrega a la mujer un volante para que acuda a su centro de salud para vacunarse en la semana 28. Para ello previamente tiene que acudir al hospital con otro volante para recoger la vacuna y llevarla al centro de salud.
- Entrega de las hojas para que pida tres citas: para la consulta, realización de un análisis y ecografía. El análisis es de sangre (se repite toxoplasmosis y test de glucosa a algunas mujeres) y orina (sistemático y urocultivo).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la observación.

Hay otras actividades que son comunes al resto de las visitas, como aparece reflejado en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Actividades que se repiten de la visita tercera a la última en el embarazo.

- Toma y valoración del peso y de la tensión arterial, y de su evolución. En relación al peso si existen variaciones importantes se le administran algunos consejos dietéticos.
- Escucha el latido del corazón de la criatura mediante un aparato llamado sonicaid.
- Recordatorio de la toma de hierro.
- Hoja para la cita para próxima consulta.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la observación.

Aquí hay que recordar que en Villafranca la siguiente consulta de seguimiento es con la matrona del centro de salud de atención primaria.

4.1.2.5. Quinta visita de control del embarazo normal: semanas 32 a 34

Ésta es la visita en la que se lleva a cabo la tercera ecografía del embarazo. En Noceda se realiza en otra sala mientras, que en Villafranca se hace en la misma sala de la primera visita. En la ecografía se valora el tamaño del feto, sus movimientos, todos sus

⁹⁴ Existen diferentes formas de presentación del hierro para la administración oral: sobres, ampollas bebibles y comprimidos. Las variaciones también suponen diferentes precios económicos y diferentes efectos secundarios. Cada obstetra tiene una preferencia y las mujeres también tienen sus preferencias y experiencias, aunque sólo en algunas ocasiones se valoran éstas para decidir cuál se administra.

órganos, la placenta y el cordón umbilical. Si se ve el aparato genital se le informa del sexo y de los datos anteriores. Si se observa que existe un problema, que principalmente suele ser “peso inadecuado para edad gestacional”, tanto por defecto como por exceso, se vuelve a citar a la mujer para repetir la prueba. Estas situaciones producen un enorme estrés en la mujer.

4.1.2.6. Sexta visita de control del embarazo normal: semanas 35 a 36

La actividad específica de esta visita es la realización de una prueba para detectar si la mujer tiene una bacteria (*Streptococo A Galactie*)⁹⁵, hecho que tendrá que ser conocido antes del parto. Igualmente se le dan los resultados de la anterior analítica. El resto de las actividades son comunes con la anterior y con la siguiente visita.

4.1.2.7. Séptima visita de control del embarazo normal: semanas 37 a 38

Su objetivo es informar a la mujer sobre el resultado de la prueba anterior. Además, se repiten las actividades comunes. Por último, se le explica que no habrá más citas, para así esperar a que ella se ponga de parto de forma espontánea; si no es así, después de la fecha prevista debe acudir a su matrona y ella la enviará a hacer una monitorización. A partir de esta fecha se considera que se puede producir el parto, por lo que se le recuerdan los signos ante los que acudir al hospital: “rotura de la bolsa de aguas” y contracciones seguidas regulares cada 5 minutos durante 1 hora si es el segundo parto, o más y durante 2 horas si es su primer parto.

Todas las consultas señaladas, de la segunda a la sexta, siguen la misma secuencia. Con un primer tiempo donde se pregunta a la mujer; un segundo tiempo dónde se realizan diferentes pruebas (peso, tensión arterial y sonicaid); un tercer tiempo donde la obstetra registra la actividad sanitaria, hace el informe y la solicitud de pruebas; y un cuarto y último tiempo, donde se retoma la interacción sanitaria y se le proporciona información a la mujer.

⁹⁵ Esta prueba consiste en dos frotis, una toma vaginal y rectal para saber si en la flora genital de la mujer hay una bacteria, que aunque inocua para ella, durante el parto vaginal podría producir problemas en la criatura. Para evitar este tipo de problemas se realiza este cultivo a todas las mujeres, y aquellas que dan positivo, es decir, que tienen la bacteria *Streptococo A Galactie*, se les administra antibióticos durante el parto para evitar infecciones en la criatura. La hace el personal de enfermería, quien refuerza la información aportada por el personal médico sobre la prueba. Una obstetra comentó que en otros países, como EEUU, es realizada por las propias mujeres a las que se les explica como hacer la toma en su domicilio, y se le entregan los bastoncillos para el frotis en el centro de salud. De modo que si esto se consiguiese aquí no estaría claro si se seguiría o no con esta visita.

4.1.2.8. Octava visita de control del embarazo normal: a partir de la semana 37

Esta última visita se hace para realizar una prueba llamada “monitorización cardiotocográfica”, que consiste en registrar tanto la actividad uterina (si hay contracciones) como la frecuencia cardiaca fetal durante 30 minutos, con el fin de saber si las mujeres ya tienen contracciones de inicio de parto. A esta visita no llegan muchas mujeres, ya que los partos se pueden producir a partir de la semana 37, aunque la fecha más frecuente es alrededor de la semana 40.

En uno de los municipios, la prueba descrita se realiza en el centro de especialidades, y en el otro en el hospital. Se lleva a cabo por las enfermeras o matronas y luego pasan a ser vistas por la obstetra, quien estudia las características de la mujer (fecha probable de parto, número de parto y otras circunstancias), el registro (ver las contracciones), hace una exploración ginecológica para palpar el cuello uterino y, a veces, una ecografía para valorar la cantidad de líquido uterino. A partir de todos estos datos, se decide esperar a que la mujer se ponga de parto y se le da otra cita para una nueva monitorización, o se le dice que acuda al hospital porque parece que tiene contracciones, o que no se va a esperar más y se la va a inducir el parto.

4.1.3. Consultas del embarazo de alto riesgo en el hospital

A esta consulta hospitalaria acuden mujeres que, o bien ellas o bien los fetos, tienen algún problema de salud. Se llama también consulta de fisiopatología fetal, para indicar que se tratan de enfermedades que puede haber en el feto. El tiempo por consulta es mayor que en el centro de especialidades, y el ritmo de la consulta es más lento. Las actividades y visitas son idénticas a las del centro de especialidades y, según cada caso, se realizan más visitas y más pruebas, tanto analíticas como ecográficas.

4.2. LA ASISTENCIA AL PARTO

El parto se inicia cuando las mujeres notan las primeras señales y acuden al hospital para que se les confirme esta situación. En las urgencias del hospital se valora si la mujer está o no de parto, lo que decide si la mujer se queda ingresada o regresa a su domicilio. Este itinerario es en el que nos detenemos a continuación.

4.2.1. El filtro de las urgencias

Desde el tercer trimestre del embarazo, en casi todas las visitas se informa a las mujeres sobre cuándo deben ir al hospital. Esta información también la dan las matronas con unos contenidos similares. Saber cuándo se inicia el parto y cuándo deben acudir al hospital es un asunto que las mujeres perciben como complejo y sobre el que manifiestan numerosas preguntas, algo que ha quedado corroborado en nuestro trabajo⁹⁶. Para el personal sanitario, los cinco motivos principales por los que las mujeres deben acudir a urgencias en relación al parto son por signos de alarma, bolsa rota, si se les va a inducir el parto, si tienen programada una cesárea o si tienen contracciones. De estos signos, el que produce más confusión es el de no oír o sentir a al feto, pues no está claro cuánto tiempo es normal no percibirlo⁹⁷, y ante la duda las mujeres prefieren acudir a los servicios sanitarios.

Sobre el segundo motivo, el de “bolsa rota”, que médicamente se denomina Rotura Prematura de Membranas (RPM), surgen dudas por parte de las mujeres para su identificación y para valorar la rapidez con la que hay que acudir al hospital. Las matronas suelen ser quienes explican con mayor detalle esta cuestión en los cursos grupales que imparten durante el embarazo. Estas mujeres son ingresadas y se espera a que se pongan de parto espontáneamente, y si esto no ocurre se estimula el parto con fármacos, procedimiento que es denominado “inducción”. Los tiempos establecidos para esperar antes de inducir el parto se deciden según el color, la cantidad de líquido que se pierda y el estado de la criatura. Se considera que no deben pasar más de 24 horas entre que se rompe la bolsa y el nacimiento, según las semanas del embarazo (Protocolo de Atención al Parto Normal, hospital de Villafranca, 2004:10), pues podría haber riesgo de infección, aunque estos tiempos a veces se amplían o se reducen.

Generalmente, las mujeres que ingresan para inducción lo hacen por problemas fetales del tipo de crecimiento inadecuado, o partos que han pasado la fecha prevista de parto y se considera que existen más riesgos en la espera que en el parto⁹⁸. El parto se induce

⁹⁶ Para las profesionales está claro cuando se está de parto y cuando no. Mientras que para las mujeres dicha información es confusa y para conocerla hay que consultar a las profesionales, que son las que saben explorarlas y valorar dicha situación, y por tanto para saber si están o no de parto tienen que ir a urgencias.

⁹⁷ Las matronas les detallan la “regla del 10”, que consiste en contar el número de patadas y movimientos que tiene el feto desde primera hora de la mañana y cuando lleguen hasta diez lo dejen hasta el día siguiente, pues eso significa que hay una buena actividad y que está bien.

⁹⁸ Normalmente se espera, como máximo, hasta las 42 semanas de gestación. Según los datos que existen en el protocolo de uno de los hospitales, habría un 7% de los embarazos en que las mujeres no se ponen de parto antes de esa fecha. No existe acuerdo sobre si la inducción debe ser realizada en la semana 41 o en la 42. Al respecto hay diferentes estudios que pueden ser consultados en [Cochrane \(www.209.211.250.105/reviews/es/index.html\)](http://www.209.211.250.105/reviews/es/index.html).

a través de diferentes medicamentos, como por ejemplo la oxitocina⁹⁹. Las causas de estas inducciones son muy variadas, junto a las anteriormente mencionadas habría que añadir las debidas a “bolsa rota” y a partos que no progresan adecuadamente, siempre según el saber médico establecido. En algunos estudios (Rindfuss, 1983:50), se explica que los partos se “inducen”, además de por criterios médicos, por la conveniencia de las mujeres y de las profesionales. Las inducciones han sido también cuestionadas porque producen un mayor número de partos instrumentales y cesáreas, de ahí la importancia de seleccionar correctamente cuándo va a ser utilizada (Fernández-Liebrez, 2006:130).

Otro motivo por el que las mujeres ingresan en urgencias es por cesáreas programadas, indicadas cuando los fetos están mal colocados y no se puede realizar un parto vaginal, son de gran tamaño, en determinadas enfermedades maternas (VIH entre otras), cuando hay problemas del embarazo (placenta previa), en embarazos gemelares y cuando ha habido cesáreas previas. En algunos casos, como cuando el feto está en posición “de nalgas”, se le explica a la mujer que es posible un parto vaginal, aunque cuando se nombran todos los riesgos, la mayoría de las mujeres se inclinan ante una cesárea.

Por último, la mayoría de las mujeres que acuden a urgencias es porque tienen contracciones. En los cursos grupales del embarazo, las matronas explican qué son las contracciones y cuándo es preciso acudir a urgencias. Así lo explicaba por ejemplo Sol:

“Cuando yo noto las contracciones tengo que saber si son verdaderas o falsas, para lo que cojo el reloj y empiezo a medirlas. Si es mi primer parto, debo acudir cuando aparecen cada 5 minutos, no más tiempo y cuando sean regulares. Si no se cumple esto, son contracciones que me avisan de que mi útero se está preparando para parir y se está entrenando. Si soy una mujer que he tenido más partos entonces sólo espero en casa 1 hora, si veo que mis contracciones son cada 5 minutos y se repiten, entonces me voy al hospital” (Sol, matrona, 50 años, madre, Noceda).

Este ejemplo presentado supone el motivo de ingreso con mayor indefinición, pues no está claro cuando las mujeres están de parto o cuando se trata de un “falso parto”. En el protocolo se establece que una mujer está de parto cuando:

“Desde un punto de vista clínico, se considera que el parto ha comenzado cuando se instaura una actividad uterina normal (2–3 contracciones de intensidad moderada–fuerte cada 10 minutos), la dilatación del cuello uterino es de 2–3 cm y existen modificaciones de resto de las características del cuello uterino, al menos que esté

⁹⁹ Como avanzamos en el capítulo 1, sólo disponemos de datos de la Comunidad Valenciana, donde de cada diez partos, cuatro son inducidos.

semiborrado y centrado” (Protocolo de Atención al Parto Normal, hospital de Villafranca, 2004:4).

Todo ello significa que deben darse dos condiciones más junto a las contracciones: la dilatación y el borramiento del cuello uterino. Por tanto, puede haber casos de mujeres con contracciones en los que no se den las otras dos características y que no estén de parto, de ahí la denominación de “falso parto”. En la práctica, se observa que este asunto implica cierta complejidad. Básicamente, porque las mujeres sólo tienen posibilidades de controlar las contracciones, ya que no saben ni pueden explorarse y conocer si están dilatadas y con el cuello borrado. A ellas les han explicado que cuando sus contracciones sigan esta regularidad acudan al hospital.

La mayoría de las mujeres acuden con urgencia porque piensan que ya están de parto, y muchas de ellas tienen muchas ganas de que llegue este momento, prefieren estar pronto en el hospital para prevenir, por si hay algún problema y porque les da más seguridad. Además, en el imaginario colectivo persiste la idea, muchas veces transmitida en series y películas de televisión, de que los partos son inmediatos y se puede parir en la calle¹⁰⁰.

Esta premura con la que llegan las mujeres contrasta con la tranquilidad con que se les atiende en las urgencias. Las mujeres llegan corriendo, a veces en taxi, solas, y cuando llegan hablan rápido mostrando su percepción de urgencia. Lo primero que se hace es comprobar la situación con una monitorización. Después se les tiene un tiempo de espera más para repetir la valoración o se les pide que se marchen a casa *“indicándole que si se produce cualquier cambio acuda de nuevo al hospital”* (Protocolo de Atención al Parto normal, hospital de Villafranca, 2004:3). Aquellas mujeres que finalmente vuelven a sus casas porque no tienen contracciones, se muestran confusas y subrayan que ellas tenían contracciones.

Esta posibilidad de rapidez en iniciarse y desarrollarse el parto ocurre más frecuentemente en los segundos partos y sólo ocasionalmente en las mujeres que nunca han parido. El que haya contracciones que cumplan estas características durante un tiempo no significa que vayan a continuar, y muchas veces se paran al llegar al hospital, o disminuye su frecuencia, o son contracciones no eficaces, es decir, no producen que se dilate el cuello uterino y que se inicie el parto. Por ello se llaman contracciones de “falso parto”. Este asunto de que se paren las contracciones al llegar al hospital es uno de los argumentos usados por profesionales y asociaciones a favor de

¹⁰⁰ Sarah Clement (1997:37-42) en un análisis de las representaciones en televisión, señala que lo muestran como algo dramático e impredecible, que por tanto requiere de la atención y control médicos de forma urgente.

otras formas de atender el parto para subrayar las condiciones adversas de los hospitales para que las mujeres puedan parir: *“Las mujeres, como el resto de los mamíferos, perciben si están en un medio hostil o al contrario protector para que se pueda desarrollar el parto”* (Asociación El Parto Es Nuestro). Estas respuestas “biológicas” del cuerpo de la mujer durante el parto ante ciertas condiciones también son recogidas en uno de los protocolos:

“El proceso del parto sumado a la institucionalización en el medio hospitalario supone una situación generadora de ansiedad tanto para las mujeres como a sus acompañantes. En la fisiología del parto intervienen principalmente 3 hormonas: oxitocina, endorfinas y catecolaminas (adrenalina). Éstas son secretadas automáticamente en respuesta a estímulos y percepciones de nuestro cuerpo y producen reacciones inmediatas y respuestas innatas. La percepción de un entorno amenazante incide en el incremento de catecolaminas, éstas producen alteraciones en la dinámica uterina por inhibición de la producción de la oxitocina e incrementan la ansiedad y la percepción del dolor. Queda patente que para favorecer el proceso del parto y la vivencia positiva de éste es preciso procurar un emplazamiento seguro para el nacimiento, con protección y privacidad para la mujer en una atmósfera permisiva y de aceptación para ella y sus acompañantes. Para procurar dichas condiciones, se propone este protocolo, de modo que se minimicen los factores externos que alteran la fisiología del nacimiento (por ejemplo: multitud de salas por las que circula una mujer durante el ingreso al parto, tecnología y personal desconocidos,...) a la vez que se potencien aquellos que colaboren a su desarrollo (...) para favorecer una experiencia positiva del nacimiento” (Protocolo de Acogida en el Servicio de Partorio, hospital de Villafranca, 2004:4).

Así se explica la relación entre el entorno, la atención sanitaria que recibe la mujer y la evolución del parto, que tienen como consecuencia que se puede detener el parto. Carmen es un ejemplo de estas mujeres, que relata que fue hasta en tres ocasiones al hospital y sin embargo no estaba de parto (con dilatación)¹⁰¹:

“Ingresé la tercera vez que fui al hospital porque no dilataba. Iba porque tenía contracciones que eran fuertes, pero que no valían. Eso se lleva muy mal, porque después de 3 ó 4 horas allí en urgencias, te mandan a casa y luego a esperar. Y encima David tenía que ir a trabajar después de estar conmigo todo el día, se pasa muy mal. Y en casa me sigue doliendo, esto no se pasa. Así estuve dos días, desde el domingo por la noche hasta el martes de madrugada que nos ingresaron, que ya iba de tres (se refiere a tres centímetros de dilatación) y ya me dejaron ingresada, ¡qué bien, por fin! (...) La primera vez que ingrese me dijeron que eso a veces pasa, pero el problema es que aunque las contracciones eran muy intensas, no dilataba. Eran como de 70 u 80. «Es que si no dilatas no te puedo ingresar», me decían. Me

¹⁰¹ Este primer periodo del parto que se inicia con las contracciones regulares para que produzca dilatación y borramiento del cuello, se describe que puede llegar a durar en mujeres que antes no habían parido hasta 20 horas, como veremos en el siguiente capítulo (5.3.2.).

mandaron hasta a pasear por el hospital” (Carmen, 30 años, primera hija, primer embarazo, trabaja dentro y fuera de casa, Villafranca).

Algunos de los factores que influyen en que las mujeres sean ingresadas o se las envíe al domicilio tienen que ver con el enfoque que tenga cada profesional. Quien tiene una visión más cercana a lo que hemos denominado el enfoque de riesgo, busca que las mujeres ingresen aunque el parto no esté claramente iniciado o las contracciones no sean eficaces, y legitima el uso de medicación para producir más contracciones y ayudar a la mujer a parir. En cambio, quien valora que el parto es un proceso fisiológico donde se debe seguir el ritmo del cuerpo de la mujer, evita ingresar a las mujeres antes de que estén claramente de parto. Estos dos enfoques coexisten en el interior de una misma área sanitaria y en un mismo hospital. Las matronas se posicionan generalmente en el fisiológico, y cada vez encontramos a más obstetras que lo comparten. Estas variaciones no son conocidas por las mujeres y tampoco se les explica que dependen de decisiones de las profesionales, sino que se plantean derivadas de las condiciones biológicas del parto (contracciones y características del cuello del útero).

Asimismo, en la observación aparecen otras circunstancias que influyen en la decisión del ingreso, por ejemplo, el dolor y la actitud que muestre la mujer o, mejor dicho, la defensa que haga la mujer sobre la tolerancia al mismo y al desarrollo del parto. Se ven mujeres que manifiestan mucho dolor, dicen que no podrán aguantar, expresan cansancio y aunque no tengan “contracciones eficaces” ni borrado o dilatado el cuello, son ingresadas. Esto depende también de la ocupación que exista en el servicio de urgencias y paritorio. Por todo ello, podemos afirmar que los factores que definen la asistibilidad (Comelles, 1997:140) no son sólo biológicos, sino que hay otros que influyen también como las condiciones de ocupación, los enfoques del personal sanitario y las actitudes de las mujeres¹⁰².

En todos los casos, cuando las mujeres ingresan les recibe un celador/a, quien les indica que se pongan en la fila de admisión para cumplimentar la hoja de urgencias y dar todos sus datos, y posteriormente que pasen a una sala donde serán llamadas. En función del número de personas que hay ingresadas en las urgencias de ginecología y obstetricia, se les hace pasar a la consulta, donde son atendidas generalmente por una obstetra o matrona. En este aspecto se dan variaciones entre los dos hospitales. En

¹⁰² La alternativa al no envío al domicilio a las mujeres es que se quedan ingresadas a la espera de que se pongan de parto, lo que produce que aumenten los tiempos de estancia en el paritorio o en el servicio de urgencias, llegando incluso a convertirse en dos días en estos casos ambiguos, donde no está iniciado el parto pero se desconoce el tiempo que tardará en evolucionar. El ingreso sin dilatación y borramiento de cuello influye en que se induzca y estimule el parto, y supone mayores probabilidades de que sean partos instrumentales o cesáreas (Fernández-Liebrez, 2006:130).

Noceda, generalmente estas consultas las realiza la estudiante de la especialidad de ginecología y obstetricia (residentes o mires) acompañada por una matrona. En cambio, en Villafranca, las hace una matrona y, en función de la causa, avisa a la ginecóloga que ese día se encarga de la urgencia o espera a realizar una serie de pruebas antes de avisarle.

En todos los casos se sigue un protocolo similar de actuación, aunque en el caso de acudir por contracciones existe la posibilidad de que no se quede en el hospital y sea remitida a su domicilio. En el resto son ingresadas en otros servicios en función del trabajo y de la disponibilidad de camas. El hospital más antiguo dispone de tres zonas con habitaciones para estos ingresos. La primera sería la sala de monitores con dos camas, que en momentos de saturación ha sido utilizada para este fin, la sala de expectantes con cuatro camas disponibles, que normalmente se usa para esto y para ingresar mujeres embarazadas con otros problemas. En cambio, en el otro hospital se promueve que el ingreso sea en el servicio de puerperio o de urgencias, con una sala con seis camas y tres salas para monitorización.

Las actividades que se realizan son:

- Control de monitorización cardiotocográfica para valorar si hay contracciones, su frecuencia e intensidad.
- Exploración vaginal para observar las características del cuello, y si la bolsa está rota, ver por dónde.
- En los casos de rotura de bolsa, se le da a la mujer una compresa para verificar que es rotura de bolsa y no una pérdida de orina, y se observa la cantidad de líquido que pierde, su color y olor.

De los resultados obtenidos en estas pruebas, que son realizadas y vigiladas por una matrona, se avisa al personal de obstetricia, quien finalmente decide si ingresa o no, si la mujer está de parto y si el ingreso es en la sala de expectantes, en el paritorio o en el servicio de puerperio.

4.2.2. El servicio de paritorio

La mujer es llevada por el celador/a desde las urgencias o al servicio de paritorio¹⁰³. Es ubicada en una habitación, que es la sala de dilatación, y se le permite estar acompañada por una persona, que generalmente es su pareja.

¹⁰³ En el hospital de Noceda hay cuatro salas de dilatación y dos paritorios. Y en el hospital de Villafranca hay seis salas de dilatación y tres paritorios.

Cuando ingresa, lo primero que se le pide es que se desnude, se ponga el camisón, se quite todas las joyas y accesorios y guarde sus pertenencias en un armario de la habitación. Cuando concluya debe avisar por el timbre para hacer el ingreso. Este proceso es un momento importante en “la despersonalización del sujeto”, ya que le son retirados todos los elementos de identificación personal (Goffman, 1992:87).

Lo primero que hace la matrona –siguiendo el protocolo de ingreso al paritorio– es presentarse, diciendo su nombre y profesión¹⁰⁴. A continuación se llevan a cabo las siguientes actividades, que se muestran en el cuadro que sigue¹⁰⁵:

Cuadro 4. Actividades al ingreso en el servicio de paritorio.

- Apertura de la historia obstétrica.
- Valoración de la situación actual: si tiene dolor, molestias, contracciones...
- Toma de constantes vitales: temperatura, tensión arterial y frecuencia cardiaca.
- Exploración abdominal del útero y vaginal para valorar el cuello, la bolsa amniótica, la presentación fetal y la pelvis de la mujer.
- Petición de analítica sanguínea si no tiene una reciente.
- Monitorización interna en Noceda y externa en Villafranca.
- Colocación de enema: en Noceda a todas las mujeres y en Villafranca no se realiza.
- Realización de rasurado del periné en Noceda y sólo en algunos casos en Villafranca.
- Canalización de vía intravenosa en ambos hospitales.
- Administración de fármacos que inducen o aceleran el parto como oxitocina en todas las mujeres, aunque varían las dosis.
- Información y consentimiento sobre anestesia epidural.
- Valoración del estado psicológico de la mujer.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la observación.

La evolución del parto se supervisa mediante la vigilancia de los registros de los monitores, que muestran unas gráficas con la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas, de manera que se observa si la evolución del parto es la adecuada. En general, se deja a la mujer que siga su propio ritmo durante bastante tiempo, y se determinan las exploraciones vaginales cada cuatro horas, siempre que no se descubra un signo de alarma, o por otras circunstancias.

¹⁰⁴ La mayoría de las matronas se presentan por su nombre y les dicen que son sus matronas, quienes les van a llevar el parto. Las auxiliares de enfermería generalmente dicen su nombre y no señalan su profesión. Las obstetras suelen decir su profesión y nombrarse como doctora. A pesar de estas presentaciones, la mayoría de las mujeres y sus parejas no diferencian a las profesionales, incluso aunque haya vestimentas diferenciadas según la profesión. Al preguntarles, suelen quedarse con el nombre de la matrona. Sin embargo, sí se quedan con el sexo de las y los profesionales, saben si fueron atendidas por dos mujeres, una mujer o un hombre y la cantidad de personas diferentes que les atendieron: “Entonces entró un hombre y me miró” (Rosa, 35-44 años, primer hijo, primer embarazo, ahora en paro, Villafranca); “Me vieron cuatro mujeres” (Judith, 24 años, colombiana, primer embarazo, trabaja dentro y fuera de casa, Noceda).

¹⁰⁵ Algunos de estos procedimientos están siendo revisados; aquí nos limitamos a su descripción y en el siguiente capítulo analizaremos qué pruebas son cuestionadas y en base a qué argumentos.

Se concluye que no “progresa el parto” cuando la mujer no dilata al ritmo establecido en el protocolo, a pesar de tener contracciones. En estos casos se aumenta la administración de oxitocina, se avisa a la obstetra y se aumenta la vigilancia. Según el servicio de paritorio y el personal, tanto matronas como obstetras, la situación de la mujer y la demanda asistencial, este tiempo se pasa en la sala de dilatación o en el paritorio, y se acelera su avance o se deja a la mujer que lleve su ritmo.

Cuando la matrona lo decide, se traslada a la mujer al paritorio con su acompañante, que está en la misma unidad pero en otra zona¹⁰⁶. Allí se pasa a la mujer a otra cama, que se llama silla obstétrica que se caracteriza porque permite cambiarla de postura. Los procedimientos que se realizan son:

Cuadro 5. Actividades que se realizan durante el parto.

- Colocación de la mujer en la posición de “litotomía” (tumbada con las piernas elevadas, abiertas y colocadas en dos potros): esta es la postura más habitual en nuestro medio¹⁰⁷ ya que permite la visión y actuación de la matrona sobre el periné.
- Realización la episiotomía para facilitar la salida de la criatura. Aunque se está disminuyendo su uso, se observa que se sigue practicando en la mayoría de los casos en Noceda y en Villafranca varía según la matrona y la evolución del parto.
- Pinzamiento y corte del cordón umbilical inmediatamente a la salida de la criatura para separarle de la placenta, se realiza de esta manera en ambos hospitales.
- Exploración de la criatura¹⁰⁸.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la observación.

Aunque haya nacido la criatura, no se considera que el parto ha concluido hasta que finaliza la fase de alumbramiento, en que se produce la expulsión de la placenta. A pesar de que se trata de un proceso que puede ser espontáneo, generalmente se dirige con fármacos como la oxitocina para disminuir su duración. A la mujer se le indica que deje de empujar aunque tenga contracciones, para que la placenta se vaya

¹⁰⁶ Actualmente, en algunos hospitales se propone que todo suceda en la misma habitación (OMS, 1996:47).

¹⁰⁷ Foster (1980:254) describe que el resto de las posturas (cuclillas, de rodillas) se abandonaron en España a principios del siglo XX.

¹⁰⁸ En el protocolo de uno de los hospitales se recomienda la ejecución de esta exploración sobre el abdomen materno, como lo hace igualmente la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, (2008:31-32;72-74). En la práctica en los partos observados –excepto en uno–, cuando nace la criatura se le enseña a la mujer e inmediatamente la matrona la coloca en la incubadora de la misma sala del paritorio y la enfermera de neonatos inicia todos los procedimientos protocolizados. La ubicación de la incubadora y de la enfermera no permiten que la mujer pueda ver a su criatura, desde la silla obstétrica, por lo que en muchos casos es el padre o pareja el que se acerca a contemplar lo que le hacen. En estos momentos la pregunta común de ellos suele ser: “¿Está todo bien?”, e independientemente de la situación de la criatura se les responde que sí. Lo que ofrece pistas sobre si se encuentra bien o no es observar la actitud de la enfermera de neonatos, los procedimientos que realiza y las recomendaciones que da como “*estése con la madre que ahora cuando termine se lo enseñe*”, o los avisos que da al auxiliar de enfermería, tipo “*llama al neonatólogo*”. Si la criatura se encuentra bien, se le entrega a la mujer. Aquí muchas veces se le pide a su pareja que la coja mientras que la mujer sigue en la silla de obstetricia. Algunos hombres la cogen y otros no, en cuyo caso se deja en la incubadora hasta que trasladen a la mujer a la cama y pueda cogerla.

desprendiendo sola, y se le explica como ha quedado su periné y si necesita que le den puntos o no (por la episiotomía o desgarros). Cuando se termina, la mujer es trasladada desde el paritorio hasta la habitación de la dilatación en que anteriormente estaba, esta vez acompañada de su criatura (en la mayoría de los casos) y empieza la etapa del puerperio.

4.3. LA ASISTENCIA AL PUERPERIO

La atención al puerperio se da en tres espacios asistenciales diferentes, que son los que voy a utilizar para su descripción: el paritorio, el servicio y el centro de salud. Este itinerario se muestra en el siguiente gráfico:

Grafico 9. Itinerario sanitario durante el puerperio.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la observación.

4.3.1. El puerperio inmediato en el paritorio

Se denomina puerperio inmediato a las dos horas siguientes que transcurren tras el nacimiento. Es una etapa que *“resulta importante para la prevención y diagnóstico de complicaciones que suelen surgir relacionadas como la atonía uterina y la hemorragia”* (Protocolo de Atención en el Puerperio, hospital de Villafranca, [sin fecha]:14).

Se realizan los procedimientos que se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 6. Actividades en el puerperio inmediato en el servicio de paritorio.

- Administración intravenosa de oxitocina, ya que se considera que previene la hemorragia.
- Control de constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura.
- Valoración de:
 - pérdida de sangre, del tono del útero mediante palpación abdominal y que la mujer orine espontáneamente y sin problemas.
 - las “mamas” (así se nombra a los pechos en el protocolo), acompañada de ayuda en el establecimiento de la lactancia materna.
- Mantener dieta absoluta durante la estancia en el servicio de paritorio.
- Control de la adaptación de la o del recién nacido a su nuevo entorno.
- Informar y realizar educación para la salud sobre sus autocuidados, higiene y hábitos saludables. Resolución de dudas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la observación.

Transcurrido este tiempo sin problemas, se procede a trasladar a la mujer al servicio de puerperio, donde se reúnen con su entorno personal, ya que aquí se permiten las visitas.

4.3.2. El servicio de puerperio y las enfermeras

Después del parto, las mujeres son ingresadas en el servicio de puerperio. Allí se encuentran también otras mujeres que han ingresado por problemas ginecológicos, por problemas del embarazo, inducciones de parto o después de haber realizado un aborto. Existen algunas habitaciones individuales, aunque la mayoría son dobles, y en ellas se intenta poner a mujeres en situaciones similares, es decir, dos mujeres puérperas o dos mujeres con problemas durante el embarazo, lo cual suele cumplirse. En las habitaciones se ingresa a la mujer y a su criatura, se permite un/a acompañante, y se promueve que sea el padre. En principio sólo se dejan visitas por la tarde, pero a lo largo de todo el día éstas se suceden.

En el control de enfermería que se ubica en la parte central de la planta aparecen numerosas fotografías de criaturas con y sin madres. Además, en toda la planta hay carteles sobre no fumar por la criatura, el masaje para la criatura, varios sobre lactancia materna, con teléfonos y asociaciones, y sobre la inscripción del nacimiento en el registro civil, siendo algunos de éstos de propaganda comercial. En uno de los hospitales no se permiten carteles sobre lactancia artificial puesto que, como ya hemos señalado en capítulos anteriores, se trata de un Hospital Amigo de los Niños, que fomenta la lactancia materna.

Cuando las mujeres llegan al servicio, se les asigna una habitación. La enfermera y la auxiliar acuden a darles la bienvenida y realizan los procedimientos siguientes:

Cuadro 7. Actividades al ingreso en el servicio de puerperio.

- Apertura de historia con datos de salud: alergias, enfermedades y datos obstétricos que consultan de la historia (evolución del parto, anestesia epidural, número de partos...)
- Valoración de constantes vitales, útero, sangrado y periné, dolor, si ha empezado a moverse, ha orinado y ha empezado a beber líquidos, y de las “mamas”
- Información sobre normas del servicio: horarios de visita de familiares y visita médica; lactancia materna y cuidados criatura.
- Valoración y cuidados de la criatura, como el baño, que se hace a partir de las 8 horas de vida y se anima a que lo hagan la madre y el padre.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la observación.

Todas las mujeres que han utilizado la anestesia epidural, que son la mayoría, suben a servicio con el catéter puesto todavía, y todas con la vía intravenosa, que no se retira hasta comprobar que se encuentran bien.

Se intenta fomentar la autonomía de las mujeres con la idea de que se vaya preparando para la vuelta a casa, por lo que las actividades de la planta se centran en actividades de educación para la salud dirigida a las mujeres sobre sus cuidados, los de su criatura y la lactancia materna. La visita médica se realiza por el personal de ginecología, que valora a las mujeres, y el personal de pediatría, que valora a las criaturas. Generalmente, sus visitas son por la mañana, sin que exista un horario establecido. Durante estas visitas, las mujeres son acompañadas por las enfermeras, para proporcionarles información y para ayudar al personal médico y a las propias mujeres.

Las mujeres con partos “normales” y que no hayan tenido problemas suelen estar ingresadas dos días –las mujeres con cesáreas cuatro días–, periodo en que se hacen las “pruebas del talón” a sus criaturas¹⁰⁹. En función de la hora¹¹⁰, y de si hay un informe tanto de ginecología como de pediatría, se pueden ir de alta.

Al alta se les entregan unos informes para que los lleven a su centro de salud, tanto a su médico/a de familia como a la matrona, con información sobre la evolución de su

¹⁰⁹ Consiste en una punción en el talón de la criatura para obtener unas gotas de sangre que sirven para detectar precozmente si hay algunas enfermedades metabólicas como el hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria. La primera prueba se debe realizar a las 48 horas de vida y la segunda entre el cuarto y décimo día de vida.

¹¹⁰ Se observa que se dan altas hasta concluir el turno de tarde, que es a las 22 horas. Si las mujeres cumplen las 48 horas en el turno de noche, se espera al día siguiente para que se vayan.

ingreso hospitalario y sobre su criatura. Se les dan dos documentos más. El primero de ellos contiene consejos sanitarios sobre sus cuidados: higiene y cuidados del periné o de la herida si ha sido una cesárea, cuidados de las mamas, consejos de alimentación e información sobre la evolución normal del sangrado vaginal (loquios), ejercicios destinados a fortalecer los músculos comprometidos durante el embarazo (periné, abdomen, pectorales y espalda), necesidades de descanso, posibilidad de relaciones sexuales y anticoncepción, y aspectos legales sobre la tramitación de la baja laboral y el tiempo de la misma. El segundo documento contiene información sobre los cuidados de la criatura (diferente según su alimentación sea materna o de biberón) y cuidados generales (vestuario, higiene, cura del cordón, ambiente y sobre los cólicos). En los casos de alimentación materna, se incluyen unos teléfonos para consultas a las matronas de las urgencias del hospital y de la Asociación de La Liga de la Leche.

4.3.3. Desde que se regresa al domicilio: centros de salud y matronas

Cuando las mujeres se marchan del hospital, se les indica que vayan a su centro de salud el quinto día de vida de sus criaturas para que les hagan la segunda “prueba del talón”, y para que pidan allí cita con sus matronas. Muchas de estas mujeres ya tenían esta información e incluso la cita, aunque algunas tienen que cambiarla según la fecha final del parto. El protocolo establece que esta visita sea en el domicilio de la mujer, aunque esto no se ha cumplido en ninguno de los centros de salud.

En la primera cita tras el nacimiento, las matronas siguen el protocolo sobre la revisión postparto que se recomienda hacer antes de los diez días¹¹¹. Revisan la historia y a la vez proporcionan consejos sobre sus cuidados y los de su criatura. Sobre todo se valora que la mujer no tenga problemas con la lactancia, a fin de garantizar su continuidad. En esta visita también se informa a las mujeres sobre los cursos grupales del Protocolo de Preparación Maternal de nivel III, de educación para la salud.

Aunque las matronas suelen citar otra vez a las mujeres cuando ya han pasado los 40 días postparto, esta visita suele tener como fin comprobar que no ha habido ningún problema, y que los cuerpos de las mujeres han retornado a su normalidad sin problemas. En esta visita suele hablarse de métodos anticonceptivos y sobre la continuidad de la lactancia materna cuando las mujeres se incorporen a sus trabajos.

¹¹¹ Esta visita antes se realizaba en el domicilio, ahora se ha cambiado por problemas de falta de tiempo y para aprovechar que las mujeres acuden al centro de salud para realizar la segunda prueba del talón a sus criaturas, aspecto que abordaremos en el siguiente capítulo.

Los cursos de postparto corresponden según el protocolo a cuatro sesiones. Sin embargo, algunas matronas hacen un día a la semana grupos de postparto que son abiertos para que acudan todas las mujeres que quieran. De forma que en un mismo grupo hay mujeres con criaturas de pocas semanas con otras de meses. Vemos como esta heterogeneidad es presentada por la matrona como una experiencia positiva:

“Así las mujeres pueden ver a otras que han pasado por lo mismo. Las más avanzadas dan también consejos y esos suelen llegar más que si los doy yo. Además, las mujeres necesitan venir, tienen muchas preguntas, se sienten solas y aquí hacemos un poco de grupo, les viene muy bien” (María, matrona, 45 años, madre, Villafranca).

Estos grupos se basan en la ayuda mutua, en el sentido descrito por Josep Canals, ya que *“la persona que ayuda y la que recibe esa ayuda comparten una historia del mismo problema”* (2002:30), si bien dichas ayudas y sus significados son orientadas por la matrona y el sistema sanitario. A los grupos acuden las mujeres con sus criaturas, y aunque las matronas apuntan que a veces vienen hombres, en el tiempo de observación no hemos podido ver a ninguno.

El protocolo propone que se realicen cuatro sesiones dirigidas a los contenidos que se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 8. Contenidos de los cursos de postparto de nivel III.

- Cuidados en el postparto de la mujer: alimentación, ejercicios (circulatorios, de estiramiento y de Kegel), descanso, sexualidad y vivencias de las familias ante esta nueva etapa.
- Cambios en los roles familiares. Repetir nuevamente los ejercicios.
- Sexualidad y métodos anticonceptivos. Repetir ejercicios.
- Vínculo madre e hijo/a. Masajes. Cuidados: lactancia, deposiciones, higiene, vestuario, ambiente y estimulación precoz.

Fuente: Protocolo de Preparación Maternal, área 12, 1999:22.

En la práctica, los temas a tratar en las sesiones son decididos por las matronas en función de las demandas expresadas por las mujeres, o por las necesidades que las matronas consideran que tienen.

Los dos cursos en que hemos estado presentes se centraron, en la cuarta sesión, en el masaje a las criaturas. Una matrona lo fundamentaba del siguiente modo:

“Yo ya no hago posparto. He ido cambiando, he hecho de todo, gimnasia, charlas de posparto, pero desde que conocí el masaje infantil, me ha parecido fabuloso. El masaje es algo muy útil, y es cómo una excusa para que las mujeres vengan, que

ellas vienen por sus bebés, y a partir de ahí, las preguntas, hay que hacer cosas flexibles que cubran sus demandas, en las otras cosas como la gimnasia, las charlas, fallan mujeres, mientras que a esto no. Hoy ha sido la primera sesión, que son cuatro. Les pregunto de qué quieren hablar el próximo día, y cada una plantea sus dudas: sexualidad, planificación, cólicos del lactante e incluso una ha hablado del vínculo. Yo no sigo el protocolo, lo adapto a las mujeres. Esto antes me suponía conflictos, ya no, ahora escribo y adapto lo que hago a los registros que existen. Desde mi experiencia pienso que es lo que mejor va. Estuve de baja y la matrona que me sustituyó había estado haciendo lo del posparto, y claro, no se puede juntar la gimnasia con el masaje, el masaje requiere tranquilidad, dedicación... es mejor dejar un espacio para compartir, que es mucho más importante. Y lo de la gimnasia para una sola sesión. Las mujeres se sienten entre iguales y así pueden hablar. Les pido a las mujeres que apliquen los conocimientos: «...para el próximo día tenéis que observar los llantos del bebé». Y así luego hablamos de cómo son los bebés y cómo nos sentimos nosotras” (Sol, matrona, 50 años, madre, Noceda).

Sin embargo, durante el trabajo de campo se ha ido percibiendo que la figura de la enfermera pediátrica iba cobrando cada vez más protagonismo, y en algunos centros de salud ésta está asumiendo las actividades, que en otros llevan a cabo exclusivamente las matronas, como:

- Una sesión grupal al final del embarazo, para explicar los cuidados de la criatura, donde incluyen la lactancia materna y artificial.
- Consultas individuales para la realización de las pruebas del talón, su valoración y alimentación. En esta visita hacen la revisión postparto de las mujeres, resolviendo sus dudas sobre la lactancia, tanto artificial como materna.
- Consultas individuales para la retirada de puntos en los casos de mujeres que han tenido una cesárea.

Esta “intromisión”, como lo consideran algunas matronas, viene explicada por varios hechos: la figura de las matronas está poco incorporada en los centros de atención primaria y el número de matronas suele ser inferior a la demanda y carga asistencial, por lo que hay un importante volumen de su trabajo al que ellas no llegan. Actualmente, existe escasez de profesionales de matronería, por lo que incluso en los centros donde se quiere contratar a una nueva matrona, no hay posibilidades. Las enfermeras llevan mucho más tiempo trabajando en pediatría todo lo concerniente a la alimentación de las criaturas, como la lactancia materna, y desde ahí dando respuesta a otras demandas de las mujeres en el puerperio. Asimismo, las mujeres con cesáreas son citadas directamente con las enfermeras para que les retiren los puntos, y en esa cita se hace la consulta de postparto. Hay que tener en cuenta que económicamente es más rentable la contratación de una enfermera que la de una matrona, ya que su titulación

es inferior. Además, hay tareas como la alimentación de las criaturas que son responsabilidad de ambas profesionales, por lo que habría que llegar a consensos en cada centro de salud, en función de las propias características del centro para ver quién lo lleva. Y por último, desde las gerencias de las áreas sanitarias hay un enorme interés en el cumplimiento del protocolo asistencial, tanto en los tiempos como en los registros. Esto no ayuda a las matronas, que suelen dar un mayor tiempo de atención por mujer que las enfermeras.

Una vez concluidas las sesiones de educación grupal y pasada la última revisión por la matrona en torno al fin del puerperio, dejan de ser pacientes del sistema sanitario. Ya no tienen la condición de asistibilidad, y si no existe ningún problema, ha concluido el itinerario asistencial al epp, independientemente de si han restablecido su bienestar.

El resto de los problemas que pueda tener la mujer los consultará con su médico/a de cabecera, quien decidirá si es necesaria la derivación a las matronas o a las consultas de ginecología del centro de especialidades. Sólo aquellas mujeres que siguen con la lactancia materna pueden justificar el pedir una cita directamente con la matrona, argumentando que tienen problemas con ésta.

A partir de este momento, los recursos asistenciales para su cuidado, y el de sus criaturas y para afrontar el puerperio y el nacimiento, pasan a depender de los complejos asistenciales de los que disponen las mujeres y sus grupos, ya no del sistema sanitario biomédico regulado.

5. CONTROL BIOMÉDICO DE LA ATENCIÓN: ENFOQUE DE RIESGO, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, PRODUCTIVISMO Y PROFESIONALES

En el capítulo anterior hemos definido el itinerario asistencial instaurado y las actividades implementadas en sus diferentes pasos, indicando las contradicciones existentes entre los protocolos y las prácticas, además de las variaciones que hay entre zonas y entre profesionales, con el fin de ofrecer un amplio y exhaustivo panorama acerca del proceso que es nuestro objeto de estudio.

Situar y entender el contexto de interacción entre el personal sanitario y las mujeres, así como presentar los principales mecanismos asociados al control biomédico imperante en la atención al epp, pasan a partir de ahora a convertirse en las unidades de análisis preferentes.

Así, a partir del itinerario asistencial que siguen las mujeres para atender su epp se advierten, como decíamos, los principales elementos encargados de estructurar la atención a dicho proceso. A desgarnar dichos elementos dedicamos este capítulo; y para ello, en primer lugar, analizamos lo que llamamos el enfoque de riesgo del epp, pues explica tanto las razones por las que el sistema biomédico justifica sus actuaciones, como las razones que impulsan a las mujeres a acudir a sus centros (5.1.). La valoración del riesgo que se realiza a cada mujer, en el inicio de su embarazo, determina el itinerario –aumentándose el número de visitas y las profesionales que lo vigilen, por ejemplo–, y se aplican un cierto número de pruebas y procedimientos, con el fin declarado de evitar la aparición de problemas. Todas estas actividades se recogen en los protocolos, cuyo cumplimiento se convierte en un eje de la asistencia, lo que presentamos en el apartado denominado “medicalización” (5.2.). Por otra parte, analizamos otros elementos que refuerzan la vigilancia, como los que se dan desde la óptica del productivismo, que introduce conceptos como el valor económico del tiempo y de las prácticas sanitarias (5.3.). Desde ahí, las acciones de las profesionales se dirigen a mantener todo este “aparato” de control, apoyándose para ello en el riesgo, en la aplicación de procedimientos, en el cumplimiento de los protocolos y en el coste de la atención (5.4.).

Finalmente, decir que subyace a la intención de este capítulo la tarea de analizar las relaciones de poder que existen entre las profesionales y con las mujeres, analizando los elementos que influyen, en hacerles más participes, entre los que destaca

precisamente, el modelo biomédico imperante en que han sido socializadas. Que junto a otros como la lógica productivista, que determina las condiciones laborales en que desarrollan su trabajo, hace que resulte difícil “escapar” de los protocolos, del enfoque de riesgo y de la medicalización. Sin embargo, encontramos que la acción de algunas profesionales –junto con otros actores– determinan que ciertas propuestas sean posibles, tal y como por ejemplo ha sucedido con la emergencia del enfoque fisiológico, que se coloca en un lugar de mayor centralidad para entender el epp y mediante el cual se pretende devolver el control del proceso a las mujeres. Este enfoque, de todos modos, será analizado con mayor detalle en el capítulo 6.

5.1. EL ENFOQUE DE RIESGO

Como señalábamos en el apartado de representaciones del epp (2.3.2.), el enfoque de riesgo es el hegemónico en la biomedicina para entender y atender los procesos de salud y enfermedad. También mostramos, en el apartado sobre la historia de la atención al epp (1.1.1.), que con la asistencia al parto en los hospitales se ha ido incorporando este enfoque en su definición.

Ahora bien: a lo largo del trabajo de campo aparecen múltiples situaciones que reflejan estas elaboraciones socioculturales realizadas por el saber biomédico, en particular denominar a diferentes variables como riesgos; y, a partir de ahí, son directamente comprendidas como factores de riesgo. Entre ellas, analizamos con mayor profundidad la edad, pues la edad muestra, por un lado, la variabilidad de criterios que coexisten para definirla como factor de riesgo, y, por el otro, las inconsistencias de los conocimientos biomédicos y la impermeabilidad del modelo a integrar otros datos que cuestionen esta clasificación –máxime cuando, como hemos señalado, la edad de las mujeres en el primer embarazo se está retrasando–. En el marco de estas elaboraciones, determinadas opciones, como el parto en casa, son apuntadas como las elecciones de mayor riesgo, aunque no existan certezas en este sentido, tal y como apreciaremos en el apartado 5.1.3. Partiendo de estas definiciones y factores de riesgo, se configura el control médico o el grado de medicalización del epp, cuestiones que abordaremos en el siguiente apartado, aunque antes llevaremos adelante un repaso a las cuestiones señaladas.

5.1.1. Aparición del concepto “riesgo” en el día a día

Cuando la investigadora se acerca a los documentos escritos que guían la asistencia obstétrica, cuando habla y escucha a las profesionales, cuando entrevista a las mujeres, surge continuamente la noción de riesgo como un elemento, que forma parte central en el imaginario del embarazo y del parto. Si ponemos nuestra atención, por ejemplo, en los protocolos del epp en los centros que forman parte de nuestro estudio, el riesgo lo encontramos ya entre los objetivos de la atención al embarazo. Así, la atención al embarazo *“es valorar la esfera biopsicosocial de la mujer, la aceptación del embarazo y cómo reacciona a los cambios que se producen, así como la identificación de situación de riesgo, (...) que definen una gestación como complicada y que exigen un mayor control por parte del servicio de obstetricia”* (Programa de Atención a la Mujer, área 12, 1999:2). Se tiene la idea de que el riesgo está siempre presente y que, debido al mismo, pueden aparecer problemas, afirmándose en este sentido que *“el embarazo es un proceso natural (...) pero que en determinados momentos, por diversas circunstancias, puede hacerse anormal o patológico, justificándose por tanto la necesidad de una dirección, vigilancia y asistencia médica continua durante el mismo”* (MSC, 1982:7). Las matronas, en los cursos grupales del embarazo, también aluden al riesgo que acompaña al proceso, y la necesidad de control sanitario: *“Se da a luz en el hospital porque no sabemos si vais a tener problemas. Esto no es un dolor de muelas, el parto es una enfermedad que requiere atención”* (Marta, matrona, 35 años, no madre, Noceda).

Esta posibilidad de riesgo se justifica por:

- El riesgo de mortalidad que ha supuesto este proceso, tanto para la mujer gestante como para la criatura, a lo largo de la historia y en algunos lugares del mundo. Por dicho motivo se desarrollan pautas que detecten problemas antes de que éstos puedan producir la muerte.
- Ser el epp un periodo en el que en poco tiempo pueden aparecer complicaciones y problemas, que causen la enfermedad o la muerte.

Todo esto hace que el enfoque de riesgo sea defendido por todas las partes implicadas, obstetras, matronas y mujeres, e incluso por algunas feministas socializadas en el modelo biomédico. La creencia en la certeza de la eficacia de este modelo también supone una manera de creer en la posibilidad del control de la muerte, idea que subyace a la práctica de la biomedicina (Davis–Floyd, 2001:5).

Para ello, se establecen una serie de actuaciones asistenciales dirigidas a evitar los riesgos, y un seguimiento sanitario durante todo el transcurso del epp, lo más

tempranamente posible¹¹². Todos los embarazos son vigilados, pues en todos pueden surgir riesgos, ya que no existe el riesgo cero (Montes, 2007:43); por lo que no se habla de embarazos de bajo riesgo o “normales”, sino que se diferencia entre embarazos normales y de alto riesgo, como si en sí mismo todos los embarazos tuvieran un riesgo medio¹¹³. En el primer contacto de este itinerario se realiza la clasificación de riesgo.

5.1.2. Aplicación de los factores de riesgo

Hablar de embarazos de riesgo ha conllevado la necesidad de definir qué hechos suponen o pueden suponer problemas para la salud de la mujer embarazada y del feto. Por tanto, el primer asunto radica en establecer cuáles son esas situaciones y decidir qué es riesgo y qué no. Los factores que se presentan en el protocolo de este área sanitaria pueden ser agrupados en aquellos que tienen que ver con la salud actual de la mujer, con su historia de salud reproductiva y con la gestación actual. Dichos factores se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 11. Factores de riesgo durante el embarazo.

Enfermedades de la mujer	Antecedentes reproductivos	Gestación actual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades infecciosas ▪ Enfermedades renales y pulmonares ▪ Cardiopatías ▪ Diabetes ▪ Obesidad ▪ Consumo drogas y alcohol ▪ Enfermedades endocrinas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tres o más abortos ▪ Operaciones uterinas donde se incluyen cesáreas ▪ Embarazos seguidos en menos de 12 meses ▪ Cuatro o más partos ▪ Muertes perinatales ▪ Problemas uterinos ▪ Esterilidad ▪ Partos prematuros 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestación múltiple ▪ Problemas en el crecimiento ▪ Malformaciones ▪ Hemorragias ▪ Hidramnios y/o oligoamnios ▪ Hipertensión ▪ Placenta previa ▪ Amenaza parto prematuro ▪ Rotura temprana de membranas ▪ Isoinmunización

Fuente: Elaboración a partir del Protocolo de Captación de la Mujer Embarazada, área 12, 1999:11.

Por otra parte, en los protocolos se tienen en cuenta otros factores que no son tan marcadamente biológicos, sino de carácter social, y cuya influencia sobre la salud depende también de interpretaciones socioculturales, como la edad (menor de 15 ó 16 años o mayor de 35 ó 36 años), los problemas psicológicos, la existencia de una relación de pareja conflictiva, o el nivel sociocultural bajo.

Existen más factores que, aunque no figuran en los programas y protocolos de nuestro ámbito de estudio, sí lo han estado con anterioridad y son considerados en otras áreas de Madrid y en otras Comunidades (por ejemplo Andalucía) como, por ejemplo, el

¹¹² Uno de los objetivos del programa de embarazo de este área es “la captación temprana de las mujeres, antes de la doceava semana” (Programa de la Mujer, área 12, 1999:2), y las que acuden a la atención más tarde son calificadas ya de riesgo.

¹¹³ Esta valoración de bajo riesgo sí se da en los programas de Cataluña y de Andalucía y en otros lugares como en Holanda (OMS, 2001).

hecho de que las mujeres sean fumadoras, que el embarazo no sea deseado, el incremento de peso durante el embarazo –insuficiente o excesivo–, que la mujer sea extranjera o gitana, y factores de riesgo laboral.

Las variaciones que se dan en la valoración de la importancia de cada uno de estos factores dependen de las profesionales y, específicamente, de su visión del epp, de su experiencia laboral y de su percepción de las mujeres. Lo cual significa que una mujer puede presentar un factor de riesgo, como una edad determinada o diabetes, y será su obstetra quien establecerá el alcance del caso y el grado de riesgo. Esta diversidad de posiciones del personal de obstetricia en relación al riesgo se debe a que entran en juego los propios valores y experiencias, los cuales están enmarcados en las categorías que suministra la cultura (Montes, 2007:45). Así, cuando hemos preguntado al personal por las razones que para ellas explican cada uno de estos factores, hemos comprobado que no existe un acuerdo común, y en muchas ocasiones sus argumentos remiten al concepto de incertidumbre: *“Tienes que ser precavida, aunque hay mujeres con diabetes o que han tenido abortos de repetición que luego no tienen ningún problema; pero tú en principio tienes que citar más a esas mujeres y saber si se cuidan”* (Rosario, obstetra, 50–55 años, madre, Noceda).

En su etnografía realizada sobre los servicios sanitarios públicos de una región de EEUU, Stoller (1974:13–22) apunta algunos criterios utilizados allí por el personal sanitario para orientar el tipo de atención a las mujeres. Algunos se construyen a partir de ciertas variables sociodemográficas (etnia, edad, clase social y estado marital) y otros sobre las actitudes de las mujeres (sus planes hacia la criatura y la maternidad e incremento del peso, pues éstas reflejaban, según la antropóloga, entre otros aspectos, el nivel de cuidados de la mujer y su vínculo con la criatura). En nuestro contexto de análisis, hemos observado que se considera que las mujeres de menor clase social se cuidan menos, acuden menos a los controles sanitarios y tienen más riesgo. Esto también se aplica a las mujeres extranjeras y a las gitanas. En cambio, a mayor clase social se espera que se den las condiciones contrarias. Por lo tanto, las matronas y las obstetras valoran que las mujeres no se cuidan (cuando por ejemplo, aumentan de peso excesivamente, dan positivo en el test para detectar la diabetes gestacional, tienen infecciones urinarias repetidas veces y no acuden a la hora y el día a las visitas) según sea su clase social, el nivel educativo que muestran, o si el embarazo era o no era deseado. Ello sin detenerse a explorar otras circunstancias que puedan determinar las posibilidades de estilo de vida, cuidado y cumplimiento de las visitas médicas.

Como además este área sanitaria es una zona eminentemente poblada por personas de clase obrera, se parte de la creencia que ya existe un menor nivel de cuidados por parte de la población (por ejemplo, una peor alimentación, menos práctica deportiva y menor interés en su salud), independientemente de otros elementos como el nivel de estudios y el nivel de ingresos económicos de las mujeres atendidas.

A través de la construcción de estos factores de riesgo –que muchas veces, como vemos, se dan por supuestos–se determina observar y prestar más atención a aquellas mujeres que los presenten –ya que en todas se produce la vigilancia–. Como se considera que algunos de ellos son resultado de un estilo de vida insano (por ejemplo obesidad, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, embarazos muy seguidos), o de la falta de cuidados sobre la salud de cada mujer (por ejemplo acudir tardíamente a las visitas del embarazo); o situaciones sancionadas socialmente (por ejemplo los embarazos de mujeres pobres o adolescentes), entonces el riesgo sirve en estos casos para producir y reproducir, para mantener en definitiva, un determinado orden social (Castel, 1986:219).

En este sentido es que la prevención sanitaria, como afirma Robert Castel (1986:220), es vigilar, anticipar la emergencia de eventos indeseables en poblaciones portadoras de riesgo; es decir, lo que impera es la necesidad de vigilar lo que ocurre en ese cuerpo y lo que la mujer hace con el mismo.

Este objetivo lo tienen muy integrado las obstetras, cuando dicen por ejemplo: *“No me gusta que pasen mucho más de 4–6 semanas sin ir a consulta. Fíjate que luego pasa algo y qué, quita, quita”* (Patricia, obstetra, 30–35 años, no madre, Noceda). Por su parte, Cornell (2001:131), a partir de su estudio con mujeres toxicómanas señala que estas medidas se establecen para vigilar la conducta de la mujer (pues no es vista como posible madre) en lugar de resolver las causas que producen el riesgo y colaborar para mejorar sus vidas.

Durante la observación de campo hemos recogido datos e información que pueden indicar situaciones de riesgo, en el sentido de que pueden producir malestar en las mujeres o dificultar que se cuiden, para las profesionales carecían de importancia ya que se alejan de lo biológico. Por ejemplo, casos de mujeres que están siendo tratadas por una depresión, que lloran en la consulta, que manifiestan que su embarazo no era buscado o no ha sido “bien aceptado” por la pareja, que tienen cargas de otros hijos e hijas menores, que han perdido su trabajo y no saben si por el embarazo o “porque tocaba”. Tampoco se relacionan los factores de riesgo con la forma en que la mujer vive

el embarazo, y mucho menos en el sentido que señala Lazarus (1988:54) de ver de qué manera se pueden mejorar las condiciones de las vidas de las mujeres.

A partir de la clasificación del riesgo durante el embarazo se establece el riesgo para el parto. En relación al parto no hay registrados factores de riesgo específicos en el área sanitaria que se ha estudiado, como sí sucede en otros programas como en el de Andalucía. A través de la observación se han recogido algunos factores que sí son tenidos en cuenta por las profesionales, como es el caso del control gestacional insuficiente¹¹⁴, es decir, no acudir a un determinado número de visitas y no tener pruebas realizadas (analíticas, ecografías). También las discordancias entre las fechas previstas del parto y el inicio del parto espontáneo entran dentro de estos parámetros, ya que la edad gestacional puede ser incierta (bien porque no se conoce la fecha del último ciclo menstrual o bien porque éstos son irregulares). Sin embargo, estos datos ofrecen pistas sobre la situación de esa mujer y son manejados como de riesgo, como signos de alarma ante los que pueden surgir problemas.

En el puerperio se establecen también posibles riesgos, especialmente en torno a la actitud de la mujer ante su criatura, la creación del vínculo y la relación con su pareja. Estos riesgos son recogidos durante el tiempo de la hospitalización y se incluyen en la hoja del alta de enfermería, con el objetivo de informar a la matrona de atención primaria para que, llegado el caso, haga un seguimiento por si apareciera algún problema, entre los que destaca fundamentalmente la depresión.

De forma poco o incluso nada específica como vemos, se toman los criterios señalados como medida única de todos los riesgos, sin estudiar la evolución posterior del epp y dando por sentado que las mujeres con embarazos de riesgo tendrán partos de riesgo y el puerperio puede ser de riesgo. Al respecto advierte la OMS:

“El problema con muchos de estos sistemas es que han catalogado a un desproporcionado número de mujeres como «de riesgo», con el riesgo de que acaben teniendo un alto grado de intervencionismo durante el parto. Otro problema añadido es que, a pesar de una escrupulosa clasificación, el enfoque de los riesgos falla significativamente en identificar muchas de las mujeres que de hecho necesitarán asistencia para un parto complicado. Asimismo, muchas de las mujeres etiquetadas de «alto riesgo» tendrán partos perfectamente normales” (1996:5).

Estas consideraciones han sido comprobadas en algunos estudios realizados como, por ejemplo, con mujeres inmigrantes, que a pesar de presentar menor control sanitario (ir a menos consultas y hacerse menos pruebas) tienen un número inferior de

¹¹⁴ En el protocolo de Andalucía se define control gestacional insuficiente si la primera visita es después de la semana 20 y se han realizado menos de cuatro visitas durante el embarazo o carecen de pruebas y ecografías (2005:99).

complicaciones durante el embarazo y el parto (Sánchez, 2003:445). Sin embargo, estas informaciones no son tenidas en cuenta en la asistencia, y se sigue colocando a las mujeres inmigrantes en una situación de vigilancia, lo que implica exigirles la adherencia a las reglas científicas de la biomedicina (Kaufert y O'Neill, 1993:33; Menéndez, 1998:56).

En general, aunque se utilicen nociones sobre la fisiología y normalidad del epp, en la medida en que se enfatizan los factores de riesgos o éstos se amplían a situaciones sociales y emocionales, se continúa dando lugar a la probable aparición de problemas y a la necesidad de vigilancia biomédica. Esto produce, como expresa Montes que *“las mujeres, según los ítems, van adquiriendo diferentes grados de riesgo que necesitan de la intensificación de los controles para su re-conducción, bien a través de las intervenciones médicas o de la educación”* (2007:52). Uribe va más allá y relaciona esta práctica con enfoques salubristas que persiguen la normativización de la vida de las personas: *“El cuerpo saludable se ha convertido en un significante del valor moral, una marca de distinción que sirve para deslindar aquellos que les espera el éxito de aquellos que fracasaran. El cuerpo como metáfora hace que intentemos controlarlo para que no se nos confunda con los enfermos, que son socialmente personas que no se controlan y que moralmente son inferiores”* (2007:51).

Como hemos visto en el apartado 2.2.1.1., una de las reglas de la biomedicina es la consideración de las enfermedades como desviaciones de una norma biológica, norma que también se aplica a los factores de riesgo, justificados desde la biología aunque en su aparición y evolución influyan condicionantes sociales y sean interpretados desde visiones socioculturales. Un ejemplo de cómo se interpreta la biología desde la cultura es el factor de riesgo de la edad, que pasamos a detallar a continuación.

5.1.2.1. La edad, un factor de riesgo confuso

Ser joven y ser mayor de determinada edad se define como un factor importante a valorar ya que puede conllevar riesgos. Los límites de estos grupos de edad son diversos y se observan variaciones para definir a partir de qué edad se es mayor o se es menor para tener un embarazo.

La edad considerada para establecer cuando se es demasiado joven para el epp en el programa del área de Noceda es ser menor de 16 años, vinculada a la edad de autonomía establecida legalmente, mientras que en el área de Villafranca el límite se sitúa en los 15 años. Para las obstetras, ser menor comporta un riesgo porque *“el cuerpo de la chica no está preparado para el embarazo, hay mayor riesgo de inmadurez fetal, bajo peso al*

nacer. Pero además, es un embarazo no planificado, no es el momento para embarazarse, les falta apoyo y puede tener repercusiones psicológicas y sociales para su vida” (Margot, obstetra, 40–45 años, madre, Villafranca).

Muchas de estas razones resultan de visiones particulares que tienen las profesionales sobre cuándo se debe ser madre y lo que es una chica adolescente, porque para algunas el embarazo puede haber sido deseado¹¹⁵. En algunos estudios como el de Elena Dorta y su equipo (2004:118–123), se muestra que el grupo estudiado de mujeres canarias de 14 a 19 años, inician el seguimiento más tarde, acuden a menos visitas y aparecen más complicaciones. Las causas de estas complicaciones no se conocen con exactitud, y no se sabe si se deben a las condiciones biológicas, al menor cuidado o a que, al acudir poco a las consultas, se detectan menos problemas y, cuando se detectan, es más compleja su resolución. Desde ahí, cuando una mujer llega a la consulta con esa edad se valora que tiene mayor riesgo y debe ser objeto de más visitas y de mayor control sanitario. En cambio otros estudios, como el de Mariano Martín–Loeches y su equipo (2003:53–58), con mujeres valencianas de similares edades, no confirman los peores resultados ni mayores enfermedades a este respecto.

De todas formas, en el caso de la edad, donde la biología por sí misma no es explicativa de la condición de alto riesgo, se realiza una apertura a integrar datos y a argumentar en base a las condiciones sociales y psicoemocionales de las mujeres. Pero, a pesar de estos reconocimientos, que suponen cambios, no se establecen medidas para atender y entender las peculiaridades de lo que supone “ser adolescente”.

En la consulta de una matrona de un centro de salud un día observando, entró una chica adolescente de 15 años, a la que su matrona le aplicó el protocolo de seguimiento y le empezó a preguntar por la información con la que contaba y el estilo de vida que estaba llevando. La chica estaba prácticamente callada, venía sola, contestaba sólo con monosílabos e intentaba sonreír. La matrona le entregó algunos folletos y se los explicó brevemente. Y le comentó que si tenía dudas o preguntas, que podía volver. Finalmente, la tocó en el brazo, con ánimo de apoyarla. Cuando salió, la matrona me comentó: *“Fíjate, vino con su madre cuando se enteró del embarazo, le dije que viniera al curso de preparación, me preguntó si había chicas como ella, y le dije que no. No ha aparecido, la estoy poniendo visitas sólo por verla, para acompañarla, algo tendré que hacer” (Sol, matrona, 50 años, madre, Noceda).*

¹¹⁵ Laura Kait (2007) plantea que para algunas adolescentes ser madre se presenta como una estrategia que les posibilita cierto reconocimiento social, una identidad adulta y un proyecto personal propio.

De modo que la carencia de dispositivos específicos¹¹⁶ para acompañar a estas chicas, y también la falta de conocimientos de las profesionales, lo compensan algunas profesionales con un seguimiento más cercano de sus embarazos, como manera de actuar si surgen problemas y también como una forma de “tranquilizar conciencias” y asumir que se está haciendo algo. Sólo algunas profesionales, como Sol, hablan de apoyar, de acompañar, como una medida posible, aunque no consten evidencias ni estudios que verifiquen su utilidad.

Ahora bien: sobre cuándo se es demasiado mayor para un embarazo o empieza a haber riesgos por la edad no existe información consensuada, y en función de la fuente que se consulte se establece una edad. Así, en el protocolo de atención especializada no se pone un límite superior, mientras que en el programa del área se dice que en las mujeres mayores de 40 años aparecen más complicaciones, tanto en ellas como en las criaturas: prematuridad y/o bajo peso al nacer por ejemplo (Luque, 2008:396–403). En ciertos documentos que se entregan en los centros de atención primaria, se señala que los embarazos en mujeres mayores de 35 años se pueden desarrollar con absoluta normalidad. Por tanto, la elevada edad de la mujer “supone” un riesgo, o no, según el protocolo y las profesionales sanitarias. Además, en la medida en que las mujeres han ido posponiendo su primer embarazo a esas edades y se ha ido estudiando que sus cuerpos eran capaces de llevar a término un embarazo, y parir sin problemas, se ha ido ampliando la edad considerada normal y fuera de riesgo. Lo interesante a este respecto es que este tipo de embarazos son considerados en general como deseados, como resultado de una decisión meditada; e incluso, como sugiere por ejemplo un folleto distribuido en los centros de salud:

“Cuando una mujer es «mayor», a diferencia de las madres jóvenes nunca tiene la sensación de que la crianza de sus hijos les ha impedido desarrollar otras facetas de su vida. Y además se dan otros factores positivos: los nuevos padres, habitualmente tienen menos miedo a la educación de su nuevo hijo, y no lo interpretan como un sacrificio, este hijo es frecuentemente es más deseado y muy querido, la pareja tiene más firmemente asentada su relación” (Folleto del grupo farmacéutico Grunenthal Ginecología distribuido en los centros de salud titulado “Embarazos en mujeres mayores de 35 años”).

Almudena, una de nuestras informantes, disiente con lo señalado. Está embarazada de tres meses, y subraya que el hecho de poner un límite de edad es una construcción médica que en muchos casos no tiene validez:

¹¹⁶ En el Centro de Salud Joven del Ayuntamiento de Madrid hay un programa con cursos en el embarazo y en el postparto para jóvenes (16 a 20 años). Según sus profesionales, tiene una buena aceptación, ya que crea un espacio de intercambio entre jóvenes con una situación parecida. En el resto de los municipios de Madrid no hay programas similares.

“Yo siempre he querido tener hijos desde los 23 años, pero no es algo que tú puedas decidir, puedes tener pareja pero a lo mejor no es el momento, no le ves, no te ves (...) y luego la cosa no funciona y cuando encuentras alguien con quien sí, «¡queremos ser padres!», ya estás por encima de los 40 años, y el sistema sanitario te dice: «¡Fuera, aquí no cuentas!»¹¹⁷ Sin valorar que tú puedes estar mejor que otras chicas más jóvenes” (Cuaderno de campo, servicio de puerperio, hospital de Villafranca, 14/01/2008).

Por tanto, un factor como la edad se define como riesgo aunque los motivos sobre los que se apoya sean variados y contradictorios, y basados en presunciones sobre las actitudes y conductas de las mujeres adolescentes, sin que exista consenso sobre su influencia en peores resultados durante el embarazo. Y a partir de los 40 años en que no existe información clara ya que aparecen otros factores que influyen en los peores resultados neonatales. Por lo que la relación de la edad con el mayor riesgo parece tener más que ver con suposiciones sobre su relación con el epp y con la rutina de su uso, que con una base hecha a fuerza de certezas y estudios.

5.1.3. Parto en casa: la opción de más riesgo para la biomedicina

Este tipo de parto es aludido al preguntar sobre el riesgo como un ejemplo claro del mismo, y está considerado de forma negativa en el ámbito sanitario y por parte de la población. Se entiende como una modalidad del pasado, ya superada, que corresponde a países en vías de desarrollo o a otros contextos históricos y supone, por tanto, un retroceso en el avance de la atención, como afirma tajantemente una obstetra: “*Los partos en domicilio es una locura, un parto siempre es un riesgo, si estuvieras en la selva, ¿pero aquí? No, no te puedes arriesgar*” (Rosario, obstetra, 50-55 años, madre, Noceda).

Para ello se manejan principalmente dos argumentos: primero, porque el parto es un proceso en el que en muy poco tiempo pueden aparecer complicaciones, como un sangrado masivo, y si no se lleva a cabo entonces una intervención médica inmediata se puede producir la muerte, tanto de la mujer como de la criatura; y, segundo, porque se da fuera del hospital, donde se encuentran los medios disponibles para atender un problema, y es más difícil el acceso al hospital en caso de urgencia.

Aunque en la mayoría de los países europeos el parto en casa es una opción minoritaria, en otros existe esta posibilidad y se contempla dentro del sistema sanitario público junto con la atención hospitalaria. Así, es bien conocido que en Holanda el 30%

¹¹⁷ Su embarazo ha sido a través de técnicas de reproducción asistida en clínicas privadas, pues en la pública el límite está establecido en 40 años. El uso de estas técnicas está siendo valorado como uno de los factores que influye en la morbilidad perinatal incluso en mayor grado que la edad, puesto que un gran número de estos embarazos son debidas a dichas técnicas.

de los nacimientos son en casa –para las mujeres con embarazos considerados de bajo riesgo–, en Inglaterra suponen un 2,2% y en Gales un 3,3% (Europeristat, 2008:77–78; Fernández del Castillo, 2008:305–329). En España, siguiendo los datos disponibles de 2007 (INE, 2008) el número de partos en casa ha sido de 1212, lo que representa el 0,28% de los nacimientos. Si añadimos otros partos que son en otros centros fuera del hospital¹¹⁸ esta cifra asciende a un 0,39%. Según M^a Teresa Torre, quien ha estudiado en profundidad esta alternativa, en los últimos diez años estos datos son similares, aunque aumenta en algunas Comunidades como Cataluña (0,64%) (2006:18).

Por otra parte, diferentes estudios muestran que el parto en casa no implica necesariamente un aumento de la mortalidad materno–infantil¹¹⁹. Y en los últimos años han surgido, en los medios de comunicación, noticias sobre los partos en casa¹²⁰, parte de ellas procedente de estas asociaciones y grupos para visibilizar que esta opción es posible. A pesar de estas informaciones, la visión negativa persiste, lo cual es llamativo en colectivos como el de las matronas, que tienen un enfoque más “fisiológico” del parto y su atención.

Para las mujeres que deciden parir en casa, esta opción es empleada porque quieren vivir sus epp desde su propio control y no desde el de la institución sanitaria (Montes, 2007:255–259), mientras que para la institución sanitaria son clasificadas como carentes de saber o inconscientes: *“Lo que pasa es que en este país hay mucha ignorancia y las mujeres ya no quieren recordar las muertes de mujeres y de bebés, hay que ver los beneficios que conlleva el hospital, todo lo que hemos conseguido en estos años”* (Julieta, obstetra, 40–45 años, madre, Villafranca). A pesar del potencial transformador que pueden tener estas experiencias y saberes sobre el cuerpo, estas decisiones son estigmatizadas, como vemos, por parte de los actores sociales, ya sean profesionales, medios de comunicación o población en general.

¹¹⁸ Otros centros que atienden partos en casa en España son: Titania Tascó (Tarragona), Migjorn (Barcelona), Génesis (Madrid) y Marenostrom (Barcelona).

¹¹⁹ Véanse en Shaw y Kitzinger (2005), Olsen y Jewell (2005), Torre (2006), Fernández del Castillo (2008) y Goer (2008). Recientemente ha aparecido una noticia en el periódico *El País* titulada “Holanda se replantea los nacimientos en casa ante la mayor mortalidad” (5/1/2009), que recoge los datos del informe EuroPeristat II, explicando que es uno de los países con mayores cifras de mortalidad perinatal. Consultando este informe no encontramos los datos que distinguen que esta mayor mortalidad se da en el tipo de partos domiciliarios y no en los hospitalarios. En cambio, sí se aportan algunas razones metodológicas sobre las limitaciones de comparar la mortalidad perinatal entre países que utilizan diferentes edades y pesos fetales para definir este indicador (Europeristat, 2008:111–112). De forma que nos parece que es un ejemplo de cómo en ocasiones se interpretan de una forma sesgada los datos para transmitir mensajes acerca del riesgo de los partos en casa.

¹²⁰ Véase por ejemplo, los artículos que aparecen en el periódico *El Mundo*, “El parto, un proceso natural que se «medicaliza»” (3/11/2006); *El País*, “El parto es mío” (25/03/2007) y “Parir en la intimidad” (12/04/2008); *La Razón* “Dar a luz en casa la última moda” (23/05/2006) y “Siete hospitales catalanes impulsan el parto natural” 17/04/2007; y el documental emitido en TVE “De parto” (30/10/2006).

Valoramos que el parto en casa puede ser una opción en la cual el riesgo es manejado de otra manera, ya que, si bien es cierto que acompaña a cualquier proceso de salud y enfermedad, al igual que al parto. Éste no se coloca en el centro de su descripción, sino que se priorizan otros aspectos acerca de cómo debe ser atendido el parto, dónde debe darse, y qué elementos deben intervenir en su manejo. Al contrario de lo que en ocasiones se piensa, estos partos en casa están vigilados y atendidos por profesionales sanitarias especializadas como matronas, aunque se den fuera de los hospitales. Sin embargo, en el trabajo de campo descubrimos que es una opción invisibilizada y que surge con frecuencia como el mejor ejemplo de la falta de conciencia del riesgo que implica el parto. Así, la única opción que parece garantizar el control del riesgo (prevenir, detectar e intervenir) es la biomedicina y en nombre de los beneficios que produce, se defiende que no debe ser cuestionado bajo ningún aspecto, hechos que analizaremos a continuación.

5.2. MEDICALIZACIÓN COMO FORMA DE AFRONTAR EL RIESGO

El control biomédico del epp se concreta en tres niveles: en el seguimiento y la atención de todo el proceso en los centros sanitarios, en la utilización de diferentes pruebas y procedimientos médicos, y en la integración de todos estos aspectos en los protocolos (tanto las visitas como los procedimientos que deben ser seguidos). Algunos de estos procedimientos están siendo cuestionados desde una visión crítica. Cada una de estas formas de vigilancia se apoya en el enfoque de riesgo, y a su vez le legitiman para atender y entender el epp.

5.2.1. Organización y frecuencia de las visitas

La OMS (1996:5-6) recomienda que se utilice la valoración de los factores de riesgo para establecer cuál es el itinerario asistencial más conveniente. Si estamos ante la presencia de un embarazo o parto de riesgo, su atención debe ser realizada por profesionales de obstetricia y en servicios especializados, pues si aparece algún problema en el hospital están los medios, tanto diagnósticos como de tratamiento, para intentar su solución; mientras que los embarazos “normales” de bajo riesgo o sin riesgo, pueden ser atendidos por matronas y en servicios no especializados (lo que da lugar a que en otros países el parto en domicilio sea una opción, como ya hemos visto). Sin embargo, en nuestro contexto de estudio, todos los embarazos, de alto riesgo y de riesgo “normal”, son atendidos por personal de obstetricia y en centros especializados,

y la única diferencia estriba en que los embarazos considerados de alto riesgo se llevan a cabo en el hospital, y el resto en el centro de especialidades.

En cambio, en otras áreas sanitarias y en otras Comunidades Autónomas, se está intentando que los embarazos sin alto riesgo sean llevados principalmente por atención primaria, dándose dos modalidades: una, en que el control lo hace el o la médica de familia y la matrona, y otra, en la que se reparte entre la matrona y el equipo de obstetricia en las consultas del centro de especialidades (Maderuelo 2006:31-39). Ambas propuestas constituyen una apuesta para que haya un mayor papel de la matrona, que es la especialista en los embarazos “normales”.

En una de las zonas de nuestra área de estudio hay dos visitas por parte de las matronas en el seguimiento del embarazo normal. Sin embargo, hay desacuerdo en el interior del equipo de obstetricia, al igual que en el otro equipo, en torno a esta pauta. Las discrepancias se relacionan con que no existe una relación de confianza y credibilidad del trabajo de las matronas, y así se conceptualiza el epp como un riesgo que exige vigilancia por las obstetras; además, aunque no se nombren, se encuentran también razones debidas al miedo a la pérdida de un campo de trabajo que podría conllevar un reajuste del personal médico, y la merma de poder de la medicina, al dejar la asistencia del embarazo y de los partos en manos de las matronas.

La necesidad de vigilar el embarazo se refleja en el mayor número de visitas en la consulta de obstetricia, e incluso en el uso de un mayor número de pruebas. En la zona de nuestro área de estudio donde se detecta más firmemente este enfoque, en Noceda, están establecidas un mínimo de nueve visitas durante el embarazo normal, seis en la de obstetricia y tres para la realización de las ecografías. Este número aumenta según la obstetra y los factores de riesgo que se presente en cada caso. Así, algunas obstetras manifiestan que prefieren ver a la mujer con una frecuencia no superior a 6 semanas, lo que supone este mínimo de seis ó siete visitas, mientras que otras prefieren verla con cierta regularidad, cada cuatro semanas por ejemplo. Sin embargo, aquellas obstetras que citan a las mujeres conjuntamente para realizar las analíticas, las ecografías y las visitas hacen que éstas no tengan que acudir repetidas veces.

En Villafranca, por otra parte, se ha dado un cambio, reduciéndose el número de visitas a las estrictamente necesarias, porque se ha unificado la actuación del personal de obstetricia en el seguimiento del embarazo. Los embarazos considerados sin riesgo – se describen en el protocolo de atención sanitaria como embarazo “normal”– tienen pautadas ocho visitas, en las que se incluyen las ecografías, y además las dos visitas a las matronas. Si a lo largo del proceso surge alguna circunstancia que lo justifique, la

mujer podría ser derivada al hospital o se podrían realizar más pruebas, lo que justificaría el aumento del número de visitas. No obstante, en otras áreas plantean que son suficientes sólo seis consultas en un embarazo normal (Arrufat, 2005:18) y la OMS (2005:46) comenta al respecto que debe existir un mínimo de cuatro contactos asistenciales.

Conocer las razones del número de visitas, y si éstas son debidas a problemas, a la demanda de la propia mujer o del propio profesional, permite saber quién demanda mayor control y con qué motivos. A partir de nuestro estudio, consideramos que una parte de estas visitas se hacen por rutina, sin descubrir las razones concretas para volver a dar otra cita tan tempranamente. A ello se suma que las mujeres demandan mayor frecuencia en la atención, y las obstetras observan las posibilidades de probables riesgos, lo que conduce a que no se perciba que vaya a haber cambios en este número de visitas o a que tiendan a disminuir, especialmente en el caso del municipio de Noceda¹²¹.

La idea del riesgo así enfocada la comparten también las mujeres, y aunque no hablen de enfermedad, sí dicen necesitar más control médico y señalan que tienen un mayor desconocimiento sobre los cambios que están viviendo, que se encuentran en una situación de mayor escucha de sus cuerpos y que necesitan explicaciones sobre la normalidad o no de los que les ocurre. Para ello solicitan una opinión experta, que en muchos casos no es suficiente con la de la matrona, sino que necesitan que sea por parte de las obstetras. Además a veces acuden a urgencias repetidas veces y/o llevan un doble seguimiento entre el sistema público y el privado.

En el fondo, lo que se observa es la preocupación por la incertidumbre que subyace a cualquier proceso de salud y enfermedad, la posibilidad de aparición de cualquier problema que se maneja a través de estas visitas médicas, lo cual redundaría, como es lógico, en un mayor poder médico sobre la población (Taussing, 1995:112,116,132).

5.2.2. Cuestionando las pruebas y procedimientos

Para vigilar y detectar los riesgos, se aplican una serie de pruebas diagnósticas que suponen profundizar en la medicalización del epp. Se inician desde el principio del embarazo (Narotzky, 1995:54–61) e inciden en la construcción del modelo tecnocrático (Davis–Floyd, 2001:5–10). Estas pruebas han sido descritas en el capítulo anterior y

¹²¹ Aquí no se señala que un menor número de visitas supone un menor coste sanitario del proceso, o que el control por parte de las matronas es más económico frente al de las obstetras.

aquí nos detenemos a señalar algunos cuestionamientos que se han ido haciendo sobre las mismas, por parte de diferentes agentes y con distintos propósitos.

Algunas voces críticas proceden de diferentes organismos que cuestionan la medicalización (concretada en el uso de determinadas pruebas y procedimientos) llevada a cabo de una forma indiscriminada, es decir, en todos los momentos y a todas las mujeres del epp. La Declaración de Fortaleza constituye la primera referencia internacional en este sentido y la más citada. En ella se indica la necesidad de evaluar y establecer normas específicas sobre todas estas técnicas de la siguiente manera: *“Debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto”* (OMS, 1985:436). Ésta es la posición que han ido adquiriendo organismos como el Observatorio de Salud de la Mujer, que en la Estrategia de Atención al Parto Normal revisa los procedimientos pautados en la asistencia obstétrica en España, y recomienda evitar algunos. Otros actores que intervienen en estas críticas son profesionales defienden un “enfoque fisiológico” y advierten de los peligros que conlleva la medicalización del epp.

Los debates sobre el uso de las pruebas en la atención obstétrica no son conocidos por la mayoría de las mujeres, quienes no aportan sus propias visiones a esta revisión. En los cursos de preparación grupal del embarazo, sólo una de las matronas, Sol, introduce algunos aspectos de estos debates, luego suele añadir: *“Aunque esto sea cierto, en vuestro hospital se hacen estos procedimientos”*, de modo que invalida sus propias revisiones.

A continuación se presentan varias tablas, correspondiente a las intervenciones sanitarias que están pautadas en el embarazo y en el parto, donde se indican de forma sintética las críticas realizadas a cada uno de los procedimientos. En la tercera columna, se apuntan las principales fuentes de esta información.

La mayoría de los estudios realizados se han concentrado en revisar los procedimientos que se llevan a cabo durante el parto, puesto que es la etapa en que existe un mayor número de ellos. A este respecto, comentaremos que en el puerperio sólo se realizan pruebas (analíticas y ecografías) en aquellas mujeres en que se han detectado problemas. En el resto, ninguna prueba va más allá de las pruebas exploratorias del cuerpo de la mujer (palpación e inspección de mamas, abdomen – útero– y vagina).

Tabla 12. Revisión de las principales pruebas y procedimientos durante el embarazo.

PRUEBAS	CUESTIONAMIENTO	FUENTES
Analíticas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Errónea interpretación de cambios adaptativos como enfermedades y tratamientos exclusivamente farmacológicos ▪ Valores de referencia no basados en calidad de vida de las mujeres y no se piden determinados valores como ferritina 	Odent (2000) Valls (2006)
Tensión arterial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Su alteración no indica la presencia de problemas si no existen otros signos y síntomas en las mujeres ▪ No relación con déficit de calcio 	Odent (2000)
Control peso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El tiempo que se consume en esta prueba podría ser empleado en actividades de información y educación sanitaria ▪ Variabilidad entre mujeres que no indica patología 	OMS (2005)
Screening	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No detecta todos los casos ▪ Produce percepción negativa del embarazo en las mujeres 	Cochrane (2001)
Ecografías	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La tercera ecografía en otros países no se realiza ▪ Capacidad diagnóstica limitada (60–80%), por lo que algunas alteraciones no son diagnosticadas ▪ Crea unas relaciones de dependencia con la tecnología y refuerza la visión de eficacia biomédica ▪ No mejora situación psicológica de la mujer 	Rapp (2000) Arrufat (2005) Cochrane (2008)
Amniocentesis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No accesible para todas las mujeres, sólo para aquellas que tengan un resultado positivo del screening, antecedentes familiares de primer grado de algunas malformaciones genéticas y a algunas mujeres que la demanden y sean mayores de 35 años (bajo el criterio de ansiedad materna y siempre que su obstetra la apoye) 	Rapp (1999 y 2000)
Escucha latido fetal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recomendado ampliar su uso en mayor número de situaciones como parto y por las matronas en atención primaria ▪ Gran satisfacción para las mujeres por la escucha del latido cardíaco 	OMS (2001) Fuentes (2001) Cochrane (2006)
Suplementos vitamínicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variaciones en los suplementos que se aportan como yodo, ácido fólico, hierro y calcio ▪ Variaciones en inicio y fin de la administración ▪ Variaciones en la forma de presentación solos o con otras vitaminas y minerales ▪ Tratamiento exclusivamente farmacológico sin informar sobre los alimentos ricos en dicho complemento ▪ No uso de otras medidas para incorporar por ejemplo el yodo en zonas deficitarias 	Martínez (2003) Díaz (2006) Cochrane (varias fechas)
Monitorización tocar-diográfica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No recomendación para escuchar el latido cardíaco fetal ▪ Variabilidad en el inicio de estos controles 	OMS (2001) Cochrane (2002) Fernández (2006)

Fuente: Elaboración propia a partir de las diferentes fuentes.

Tabla 13. Revisión de las principales pruebas y procedimientos durante el parto.

PRUEBAS	CUESTIONAMIENTO	FUENTES
Inducción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deben ser menos del 10% ▪ Incremento del riesgo de cesárea y partos instrumentales ▪ Diferentes criterios sobre los tiempos 	OMS (1985 y 2001) Fernández (2006) Goer (2008) OSM–MSC (2008) Cochrane (varias fechas)
Enema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay información que explique la reducción de infecciones puerperales y neonatales ▪ Incomodidad que produce a las mujeres ▪ Aumento de los costes económicos 	
Realización rasurado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No evidencia sobre la disminución del riesgo infecciones en episiotomía o desgarro ▪ Aumento de infecciones en la piel ▪ Molestias e incomodidad en la mujer 	
Monitoreo interna	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limita movilidad de la mujer ▪ Manipulación de la vía vaginal y riesgo de infecciones ▪ No da información más fiable la interna que la externa ▪ Aumento de cesáreas y partos instrumentales 	OMS (1985) Cochrane (2001) Fernández (2006) Goer (2008) OSM–MSC (2008)
Vía intravenosa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No necesaria ▪ Su uso parte de pensar que puede haber algún riesgo ▪ Molestias e incomodidad de la mujer 	
Administración de sueros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incomodidad de la mujer ▪ La mujer puede estar hidratada bebiendo líquidos ▪ No elimina la posibilidad de broncoaspiración en caso de cesárea urgente 	OMS (1985) OSM–MSC (2008) Goer (2008)
Fármacos (oxitocina)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor número de roturas uterinas ▪ Dejar que el parto siga su propio curso ▪ Aumenta el dolor 	
Anestesia epidural	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor riesgo de parto instrumental ▪ Mayor fracaso lactancia materna 	Fernández (2006) OSM–MSC (2008) Cochrane (varias fechas)

Rotura de membranas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No realizar de rutina ▪ Mayor riesgo de infección ▪ No está clara su relación con avance del parto o no 	Fernández (2006) Goer (2008) OSM–MSC (2008) Cochrane
Posición de litotomía	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultados de estudios clínicos no concluyentes ▪ Permitir posturas que desee la mujer más a favor de la gravedad como cuclillas, de pie, sentada u otra ▪ Su uso es porque permite trabajar mejor a profesionales 	OMS (1985 y 2001) Fernández (2006) Goer (2008) OSM–MSC (2008) Cochrane (varias fechas)
Episiotomía	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numerosos problemas que causa en el periné de las mujeres como incontinencias, pérdida de sensibilidad, recuperación más tardía ▪ No necesaria para la salida del feto 	
Pinzar y corte cordón umbilical	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No evidencia sobre cuándo debe ser pronto o tardío ▪ Puede ser realizado en lugar de la matrona por padre/pareja/acompañante 	
Atención al bebé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidad de contacto materno por ambas partes ▪ Inicio tempranamente del vínculo y lactancia materna ▪ No evidencia sobre la necesidad de realizar inmediatamente al nacimiento estos procedimientos 	
Exploraciones vaginales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riesgo de infecciones ▪ Incomodidad para la mujer ▪ No evidencia de que se disponga de más información si las exploraciones son frecuentes ▪ No hay consenso sobre hacer los tactos cada 3 o 4 horas 	

Fuente: Elaboración propia a partir de las diferentes fuentes.

Las fuentes consultadas son muy diferentes, algunas corresponden a revisiones de ensayos clínicos y otros estudios como Cochane, frente a otras que son el resultado de la experiencia de profesionales y de centros. Siendo las primeras las más estimadas frente a las otras que son valoradas como carentes del rigor científico necesario. Por lo que algunas fuentes como Odent (2000), Fernández (2006) y Goer (2008) incluyen también este tipo de datos en sus análisis. Sin embargo, existen otros problemas derivados de que en la mayoría de los estudios las muestras poblacionales son escasas, sólo se han estudiado determinadas variables, no están incluidas las vivencias de las mujeres y los resultados no son concluyentes.

De modo que, considerando las anteriores críticas señaladas, que a continuación sintetizamos, habría que revisar en mayor profundidad y de una manera más contextualizada estos procedimientos. Resumamos ahora el carácter y el contenido de las críticas señaladas:

- La falta de conocimientos científicos, es decir, de evidencia científica sobre la utilidad de dichas técnicas como las siguientes: el control sistemático de peso en el embarazo, la monitorización interna, el rasurado, el enema, el pinzamiento y corte del cordón y la atención a la criatura inmediatamente después del nacimiento.
- La definición de los valores de normalidad que no se ajustan a la calidad de vida de las mujeres ni a los cambios en el epp: las analíticas y la tensión arterial.
- La ineficacia de algunos procedimientos: el rasurado, el enema, la vía intravenosa, la posición de litotomía y la episiotomía.
- El uso indiscriminado, es decir, en todas las mujeres: las monitorizaciones del embarazo, la inducción, la administración de oxitocina, la anestesia epidural, la rotura de membranas y las palpaciones vaginales.
- Las limitaciones de algunas pruebas, ya que no detectan todos los casos: el screening del primer trimestre.
- Las variaciones en la aplicación según la valoración de cada caso que haga el personal sanitario: la administración de suplementos, la amniocentesis y la repetición de ecografías.
- Las consecuencias negativas que producen sobre las mujeres: el enema, el rasurado, la posición de litotomía, la episiotomía y la anestesia epidural.
- Las consecuencias negativas sobre el feto: la anestesia epidural.

- El coste económico¹²² que supone repetir pruebas: las ecografías y las analíticas; y procedimientos no eficaces: el enema y el rasurado; o la aplicación a todas las mujeres: las inducciones y las monitorizaciones.

De todas estas pruebas, vamos a detenernos en el screening, ya que aquí se observan con claridad algunas de estas críticas y se muestra cómo desde el inicio del embarazo se coloca a las mujeres en este discurso del riesgo.

5.2.2.1. El screening del primer trimestre: limitaciones y efectos

Hay varias pruebas para el diagnóstico prenatal, algunas se realizan durante el primer trimestre y otras durante el segundo. En cada área se hace una u otra, lo que supone variabilidad en la práctica sanitaria y crea desigualdades entre las mujeres embarazadas según el hospital al que pertenezcan; además de generar confusión, pues en cada lugar se realizan en un momento distinto del embarazo. La que actualmente se lleva a cabo en el área de estudio es el cribado del primer trimestre, que realmente no es un triple screening ya que se basa en la combinación de una serie de datos, aunque suele nombrarse así. El triple screening es la prueba que se realiza entre las 16 y las 18 semanas.

Se trata de una prueba que forma parte del protocolo para todas las embarazadas en el primer trimestre. A partir de la misma se calculan las posibilidades que tiene cada mujer de tener a una criatura con enfermedades cromosómicas, la más frecuente el síndrome de Down. Se basa en la combinación de una serie de datos: valores sanguíneos, ecográficos¹²³, edad de la mujer (mayor de 35 años), "raza"¹²⁴, y si es fumadora o no. Mediante un programa informático se obtiene una cifra que ofrece la información necesaria.

La prueba debe realizarse en la semana 12, y aquellas mediciones que se realicen fuera de la misma alteran estos resultados, dando lugar a riesgos que pueden no ser ciertos. Para ello, se requiere la captación temprana de las mujeres, es decir, que acudan en el primer trimestre a su centro de salud, que exista una buena coordinación con las consultas de especializada, y que se les cite pronto, sin que haya listas de espera para la

¹²² Es llamativo como el mismo argumento, "el coste", sea empleado de forma arbitraria, unas veces para señalar que no se pueden hacer más pruebas como la amniocentesis y ecografías a las mujeres que las soliciten, y en cambio sí se pueden hacer más en función de los criterios de cada obstetra, aunque se incremente el gasto.

¹²³ Los datos ecográficos son la medición del pliegue nucal y los sanguíneos la presencia de dos sustancias en la sangre de la mujer que son la PAPP-A y β -HCG.

¹²⁴ Esta variable "raza" es nombrada así en el programa informático, se justifica su inclusión ya que parece que hay un 10% más de casos de síndrome de Down en población negra que en el resto.

primera visita. En ambos hospitales, en el de Noceda y en el de Villafranca, se está consiguiendo esto, y las mujeres acuden tempranamente, aunque en algunos casos es excesivamente pronto y puede no saberse a ciencia cierta si está embarazada o no. A aquellas mujeres que son captadas más adelante se les suele hacer una ecografía y, en función del resultado y de estas variables, se recomienda o no realizar la amniocentesis.

El screening "*no diagnóstica, es un cálculo de riesgo*" (Patricia, obstetra, 30–35 años, no madre, Noceda), ya que a partir de una determinada cifra (un valor inferior a 250) se considera que el riesgo es alto y se recomienda otra prueba, la amniocentesis. Se realiza a todas las mujeres, ya que antes sólo se valoraba que tenían riesgo las mayores de 35 años o con antecedentes familiares, a quienes se les ofrecía la amniocentesis; en diferentes estudios se ha visto que se detectan mayor número de casos de malformaciones incluyendo a todas las mujeres y los otros datos. Además, se considera que esta prueba es inocua, sin riesgos, pues no se invade la cavidad uterina, frente a la amniocentesis en que sí existe peligro de aborto, ya que se hace una punción sobre el feto, que puede provocar una pérdida de líquido o hemorragia y, en consecuencia, un aborto –en 1 de cada 100 amniocentesis–.

Otros inconvenientes que tiene la prueba, como su eficacia, no se valoran. Así de cada 100 mujeres, que son las que se ven semanalmente en las consultas, sólo son fiables los resultados de 85 o 90 de ellas; es decir, hay un grupo de mujeres en las que el resultado, tanto si tienen riesgo bajo o alto, es incierto. De estas pruebas surgirán casos en los se les ha dicho que todo está bien, y luego tendrán una criatura con alguna de estas malformaciones, sin haber tenido ninguna sospecha previa. Por otra parte, de los casos de mujeres a las que se les dice que su riesgo es alto y tienen que plantearse si hacerse o no la amniocentesis, 5 de cada 100 de ellas después tendrán una criatura sin problemas.

Todo esto ayuda a pensar en la importancia que tiene dicha prueba, en primer lugar, como construcción del riesgo –a partir de las mediciones de unos datos biológicos– y en segundo lugar, como muestra de que el riesgo es siempre una estimación, no una certeza. También observamos de qué manera en la mayoría de los casos no se informa acerca de las limitaciones que tienen las pruebas médicas, pruebas que no detectan todos los casos con problemas (solo el 85–90%), y que existe un porcentaje de falsos positivos (5%). Asimismo, reflexionar sobre esta técnica resulta de sumo interés para comprender la capacidad de integración de la tecnología en el control de los embarazos.

Pero la información de esta prueba es muy técnica, por lo que sólo puede ser manejada por el personal sanitario. Cuando se entrega a las mujeres el consentimiento informado, no se explica bien en qué consiste y por qué se hace y se da por supuesto que se entienden todos estos aspectos de la misma.

Como ejemplo, queremos presentar una situación observada en la consulta de una matrona de los centros de salud, que forma parte de ese número de casos con un resultado que suponía un riesgo alto y se le había planteado a la mujer que decidiese si quería hacerse la amniocentesis:

“Entra la pareja y le dicen a la matrona que venían a hablar con ella por los resultados del triple screening o «como se llame». Antes de terminar, la matrona se adelanta y empieza a decirles que ya sabe lo que le van a decir, que ella no les va a poder ayudar. Les empieza a explicar las diferencias entre los resultados de las tres pruebas que se hacen en el screening, cuestiona la fiabilidad de estas pruebas hablándoles del valor predictivo, sensibilidad, especificidad y falsos positivos, pero sin traducir estos términos.

La pareja interviene un par de veces; por un lado, pregunta qué significan los resultados. Como la matrona no entiende lo que se le pregunta, intervengo y le digo que lo que quieren saber es que tiene 1 posibilidad entre 275 de tener una criatura con un síndrome¹²⁵. Entonces la matrona les dice: «Imaginad que tienes una bolsa con 275 bolas blancas y una de ellas es negra, que sería tener un bebé con un síndrome de Down. Depende de la bola que salga tendrás un bebé sano o no. Como tienes menos bolas blancas que el resto de las mujeres, se te ha dicho que te hagas la amnio». Por otro lado, las dudas de la mujer se vinculan a que ha estado información en Internet. La matrona es categórica: «la única información fiable es la procedente de los profesionales, no mires en Internet, escribe cualquiera».

Les recomienda que vayan a la consulta del genetista del hospital para que les explique en qué consiste la prueba, porque tienen que tomar la decisión de hacerse la amniocentesis en esta semana. Por último, les explica que ella no puede decirles qué tienen que hacer, que ellos sólo saben lo que es mejor en su caso. La matrona le dice que «lo que tienes que pensar es si tendrías un hijo con cualquier problema, porque en ese caso no te tienes que hacer la amniocentesis o hacerte la amnio asumiendo el riesgo de pérdida pero para disponer de más información. Pero que sepáis que la información de esta prueba es sólo del mapa genético, que luego el feto puede tener otros problemas, que esto es como construir una casa, la amnio te da información sobre los planos o los cimientos de la casa, pero luego durante la obra se pueden producir otros accidentes». Les dice entonces que lo importante es que tomen una decisión consensuada, que lo que decidan, lo decidan los dos. Ellos rápidamente se apresuran a decir que sí, que claro, que ellos hablan sin problemas. La matrona dice que el aumento de pruebas por un lado da mayor seguridad pero por otro lado cuando la información es contradictoria te lían” (Cuaderno de campo, centro de salud, Noceda, 27/02/2006).

¹²⁵ Este ejemplo para explicar estos porcentajes y su significado también lo describe Montes (2007:159).

En este caso se observa algunos de los aspectos que venimos tratando. Por un lado, se aprecia como habitualmente las profesionales se anticipan, presuponen la demanda concreta que tiene esa mujer, con lo cual se condiciona la escucha y también supone una forma de homogeneizar que lo que les pasa a las mujeres y sus demandas son similares. Por otro lado, aunque parece que la información que ofrece la matrona es completa, pues señala las ventajas, como el incremento de la seguridad de las mujeres, y los inconvenientes, el cuestionamiento de la prueba, las discordancias entre las tres pruebas, y la falta de información previa sobre estos inconvenientes. Al no aclarar los términos médicos, dudamos de su comprensión por parte de esta pareja. Asimismo la matrona deja clara la jerarquización de los saberes y los conocimientos biomédicos, de modo que los únicos sujetos legítimos para explicar y actuar sobre el epp son las profesionales. Aunque podamos encontrar aspectos positivos en esta interacción sanitaria, como el reconocimiento a la capacidad de la mujer y a su pareja de poder decidir qué es lo que prefieren de acuerdo a sus circunstancias. Sin embargo, se dispone de pocos datos sobre cuáles son las inquietudes que tiene esta pareja en torno a la prueba, a su criatura, este tipo de preguntas no se hacen, y tampoco conocemos si se quedaron satisfechos con la información recibida o no.

Además, como sugiere Rapp (1999:127), el telón de fondo de esta prueba es que las mujeres tienen que enfrentarse a interrumpir un embarazo, a abortar, y este tema sigue siendo tabú. El personal sanitario les recomienda que decidan primero esto, si quieren seguir adelante independientemente de que exista una anomalía o no, pues es lo que va a determinar si hacer la amniocentesis y correr los riesgos que supone la prueba; es decir, si una mujer decide que aunque el resultado sea positivo va a tener la criatura, es mejor no realizarla por el riesgo de aborto.

En las consultas se observa que la mayoría de las mujeres se muestran indecisas, quieren seguir con su embarazo, y dudan sobre si hacerse la amniocentesis y asumir el riesgo de aborto de la prueba; a lo que hay que agregar luego, si el resultado es positivo, tener que pensar en abortar. Pero tampoco quieren una criatura con problemas, por ello la mayoría acude a otros centros privados y públicos¹²⁶ para que les repitan las pruebas de ecografía y la analítica, y en función de los resultados que les ofrezcan se hacen la amniocentesis o no.

¹²⁶ En una ocasión, en la consulta apareció una pareja cuyo embarazo era de 12 semanas más 3 días. Y explicaron que habían estado de viaje y por eso no habían ido antes al control, pero que se habían hecho una analítica. Después de hacerles la ecografía, el obstetra me comentó que seguro que habían ido a un centro privado y venían aquí buscando una segunda opinión: *“Como si les fuéramos a decir algo diferente”* (Pedro, obstetra, Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Noceda, 18/12/2005).

A algunas mujeres que decidieron no hacerse la amniocentesis, lo que les dio mayor tranquilidad fue la ecografía tridimensional, pues permite visualizar el feto y ver los rasgos faciales, las extremidades, el tronco, y de este modo verificar la “normalidad”. Sin embargo, haber pasado por esta decisión supone para ellas un proceso doloroso, que las vincula de otra manera con sus embarazos y con sus fetos, como señalan en las entrevistas: *“En mi embarazo hay un antes y un después”. “Aunque finalmente no me hice la amnio tienes esa pregunta todo el embarazo y sólo te quedas tranquila cuando nace. En el paritorio estaba más pensando en que salga bien que en todo lo que me decía la matrona”* (Cuaderno de campo, centro de salud, Noceda, 5/05/2006).

Nancy Press (1996:55–63) señala que en este contexto de pruebas y más pruebas se están construyendo significados negativos sobre lo que significa tener una criatura con una discapacidad, y el sistema biomédico está socializando a las mujeres en la posibilidad de librarse de la incapacidad, creándose una fantasía: que sólo ocurrirá antes del nacimiento de la criatura pero nunca después. Algunas profesionales reconocen las problemáticas que conlleva el uso de este cribado y el impacto negativo que produce sobre las mujeres, sin embargo su uso no se cuestiona en base a los beneficios de detección de posibles malformaciones, independientemente del margen de error. Asimismo como queda incorporado dentro de los protocolos a aplicar a todos los embarazos –como vamos a ver a continuación–, es obligatorio su ofrecimiento a todas las mujeres, sin promover otro tipo de intervenciones que les ayuden a decidir si quieren o no hacerse la prueba, ante todas estas cuestiones.

5.2.3. La rigidez del cumplimiento de los protocolos

Como ya sabemos, los protocolos son la guía para la actuación del personal sanitario, donde se describen todas las actividades y pruebas a realizar junto con los factores de riesgo y la información de la mujer que es preciso recoger y valorar. Se exige su cumplimiento y las profesionales tienen que registrar su seguimiento¹²⁷. Algunos datos registrados se emplean para la evaluación de la atención, como por ejemplo el número de mujeres que ha asistido a alguna parte del protocolo, las fechas de inicio de las visitas y el número de mujeres en que se ha cumplimentado el protocolo. Sin embargo, otros datos como la calidad, la eficacia o la satisfacción, por nombrar algunos, no son considerados.

¹²⁷ En la zona de Villafranca y en las consultas de las matronas los registros, como ya señaláramos, están informatizados, lo que facilita que exista un mejor cumplimiento del protocolo, ya que en el ordenador figuran todas las actividades y así se evitan olvidos, tanto de pruebas como de preguntas a realizar. Pero esta situación, a su vez, refuerza la “necesidad” del protocolo para la atención.

De modo que los protocolos se convierten en las normas ineludibles que debe seguir el personal sanitario (Montes, 2007:51). Su cumplimiento lo viven como una responsabilidad para garantizar una atención de calidad, y evitar además problemas legales, pues las profesionales perciben la posibilidad de denuncias. Una matrona nos decía en ese sentido: *“Yo sigo el protocolo, está muy bien hecho, completo, y así no se te olvida nada. Además, luego si pasa algo es la única forma de cubrirte las espaldas”* (Marta, matrona, 35 años, no madre, Noceda).

La Dirección del área también promueve su cumplimiento y recuerda la obligatoriedad de seguirlo, de modo que muchas veces el trabajo de las matronas y obstetras está más centrado en cumplir el protocolo que en las demandas de las propias mujeres. Por ejemplo, las matronas organizan grupos de mujeres para todos los niveles establecidos en el programa –embarazo y puerperio– y reducen las consultas individuales, aunque en estos grupos haya una menor cobertura sanitaria y las mujeres las demanden más. Las obstetras, a su vez, dedican más tiempo de las visitas a “rellenar” cada uno de los ítems establecidos en el protocolo que a observar a las mujeres, de forma que durante la mayoría de la consulta están mirando la pantalla del ordenador, y no a la mujer que tienen delante.

Los protocolos son rígidos y no permiten explorar otras áreas de la vida de las mujeres o proponer otras intervenciones, y las profesionales no suele saltarse el protocolo para preguntar otras cuestiones. Independientemente de las circunstancias de las mujeres, se les aplican las mismas informaciones y actuaciones. Como ejemplo, presentamos la siguiente observación realizada en una consulta, que refleja cómo esta dinámica hace que muchas veces no se recojan datos de la mujer que ayuden a entender mejor cómo vive el embarazo:

“Entra una mujer joven. Era su tercera visita durante el embarazo y su primer embarazo. Habló poco, estaba triste y decía que le dolía mucho la espalda. Estaba acompañada de una mujer de unos 50 años, que parecía ser su madre. La acompañante tenía una mano muy hinchada, que tapaba con la otra, lo que llamó mi atención. Entonces me di cuenta de que llevaba peluquín. ¡Debía ser un caso de cirugía de mama!, pensé. Lo cual me daba pistas para entender por qué la chica estaba triste, quizá tenía ese dolor de espalda por tanta tensión. La obstetra le dijo que podía tomar algún medicamento como el nolotil, pero que esos dolores eran normales porque «la tripa te tira». Cuando finalizó la consulta y antes de llamar a la siguiente mujer, les comenté a la obstetra y a la enfermera: « ¿Os habéis fijado que su madre llevaba peluquín?», a lo que ellas respondieron que no. El personal sanitario estaba muy enfrascado en la escritura, en el diagnóstico, en la prescripción (...) Más adelante volvió la mujer a otra consulta, y otra obstetra reparó en su tristeza y le preguntó el porqué, entonces ella explicó que su madre tenía cáncer y se estaba muriendo” (Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Noceda, 23/11/2005).

Centrar la atención en las pautas establecidas en los protocolos, hace que a menudo, como en este caso, las profesionales se olviden de mirar y valorar a las mujeres y a sus acompañantes. Situaciones que pueden influir en la vivencia de su salud y de su epp no se recogen, aunque estén presentes porque no se presta suficiente atención. Además como critican algunas matronas, el protocolo da una falsa seguridad a las profesionales porque consideran que están haciendo lo que necesitan las mujeres, lo establecido, sin que eso se corresponda siempre con las necesidades de cada mujer concreta:

“No se pueden hacer protocolos de todo. La atención sanitaria debe ser personalizada. Está bien un protocolo de tensión arterial, diabetes, pero las cosas de tu trabajo dependen del personal y de la usuaria, y por eso los protocolos no ayudan. Tú no puedes saber siempre lo que tienes que hacer” (Candela, matrona, 45-50 años, madre, Noceda).

Incluso algunas profesionales de servicios –como sucede en Noceda donde todas las actividades no están protocolizadas–, ven esto como una oportunidad, para poder adaptarse a las mujeres. Mantener esta actitud crítica con los protocolos y otros aspectos de la organización sanitaria, explica que haya profesionales, en ambas zonas, que introducen cambios y propuestas personales en la atención. No obstante, pensamos por un lado que esto es por un lado una iniciativa individual de algunas, que en base a diferentes variables, que iremos mostrando en el último apartado de este capítulo, deciden y apuestan por otro tipo de práctica sanitaria. Y por otro lado, estas acciones no están al alcance de todas las profesionales pues suponen hacer no lo que está escrito sino lo que ellas creen, y esto les puede conllevar diferentes tipos de críticas y sanciones.

Por otro lado, el hecho de que toda la información esté registrada en la historia clínica, permite conocer y examinar mejor todos los datos de la mujer, tanto de este proceso sanitario como de otros que hayan vivido (por ejemplo, un proceso dermatológico, digestivo o de otro tipo). Pero lo que parece que produce es que se pregunte a las mujeres por ejemplo por las razones por las que acude a urgencias o sobre otros datos que haya recogidos¹²⁸.

Así, el mayor conocimiento no se utiliza para tener una visión más global de la mujer. Por ejemplo, uno de los días de observación en las consultas de obstetricia, llegó una mujer joven, miré en el ordenador y vi que tenía 31 años, con cuatro embarazos anteriores, de los que tenía dos hijos/as pequeños y había tenido un aborto; era la

¹²⁸ Al poder revisarse todos los informes de urgencias, se ve cómo hay mujeres que acuden con cierta frecuencia al hospital, por lo que son catalogadas de “muy demandantes”, “ignorantes” e “irresponsables” por el abuso en el uso de los servicios sanitarios, independientemente de las causas y sentidos de estas consultas.

primera consulta del embarazo. Entró acompañada por un hombre, quien estuvo callado y no habló durante la visita, ni cuando le enseñaron en la ecografía la imagen del feto. En cambio ella hizo varias expresiones de alegría: “¡Hala, qué chulo!”, “¡Qué bonito!”. Cuando se marchó, la médica se puso a mirar la historia pues había visto que en sus antecedentes venía que había tenido un intento de autolisis (suicidio) y estuvo ingresada en el hospital.

La interpretación que hacemos de esta escena es que la médica miró esta información no con la intencionalidad de ofrecer una mejor atención a la mujer (preguntarle qué tal está, cómo se encuentra ahora con este embarazo, y más cuando tiene otras dos criaturas menores de 5 años, preguntar a su pareja o invitarle a que salga para hablar a solas con la mujer), la historia la revisa cuando la mujer se ha marchado. Además esta información es utilizada para estereotipar a la mujer, como comprobé al preguntarle después a la médica: “¿Qué piensas de esta chica?” A lo que me respondió: “¡Qué mal! ¿No? ¡Pobrecita! ¡Con lo joven que es! Es que la gente está muy mal, se mete en unos líos” Y la enfermera concluyó: “Parece que la gente no aprende” (Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Villafranca, 12/03/2007).

Por tanto los protocolos, al reforzar un determinado tipo de interacción con la mujer, centrada en la aplicación de una serie de procedimientos y la recogida de determinados datos, no permiten integrar las dificultades que tienen las mujeres para el cuidado de su epp y las circunstancias que acompañan sus vidas. Desde ahí, es sencillo dar el “salto” a responsabilizar a las mujeres acerca de los problemas que puedan aparecer; de un modo similar al que señala Uribe (1998:307) cuando se refiere a los pacientes con enfermedades crónicas en atención primaria. Por otra parte, con esta información se justifican las razones por las que las mujeres “*deben mostrarse responsables y participativas, poniendo interés en el aprendizaje y la práctica de conductas saludables*” (Montes, 2007:51). Ésta es una de las formas en que las mujeres se convierten en pacientes, tienen que aceptar las pautas sanitarias como verdades, permitir la realización de estos procedimientos para su propio bien, y no cuestionar la ausencia de otras acciones o intervenciones. Todo ello, desde luego, tiene una serie de consecuencias que abordamos más adelante.

5.3. EL PRODUCTIVISMO

La lógica productivista (presentada en el apartado 2.2.2.) articula toda la atención sanitaria. En nuestro estudio aparecen multiplicidad de ejemplos que dan cuenta de cómo se ha ido introduciendo esta visión en la asistencia obstétrica. De todo ellos, nos

centramos en los que consideramos más relevantes. En el embarazo, focalizamos la atención en las consultas de obstetricia y de las matronas, organizadas en un sistema de citas. En el parto, se toma en cuenta la duración de cada una de las fases del parto para definir la atención. En el puerperio, por el contrario, se da un menor control, y es en lo que prestamos especial cuidado. Y por último, atravesando todo el proceso está la centralidad del producto de la atención: el embrión, feto o criatura. Vayamos, pues, paso a paso.

5.3.1. El productivismo en el embarazo: el sistema de citas

La asistencia sanitaria se organiza como un trabajo más, con un sistema de citas, que concede un tiempo estimado y limitado para atender a las mujeres, que se considera es el adecuado para su atención.

En las consultas del centro de especialidades de Noceda, este sistema se establece en relación a los tipos de visitas, que se clasifican como primera consulta y después como consultas de seguimiento del primer, segundo o tercer trimestre de embarazo. La primera es de 20 minutos, y al resto le corresponden la mitad de tiempo. De modo que está estipulado una media de unas 19 mujeres para atender a diario. Los intervalos reales de atención generalmente son inferiores a los estipulados, por diversas razones (como hora de inicio, descanso, espacio entre mujer y mujer para revisar la historia), lo que redundará en una menor dedicación a las mujeres.

El personal tiene una experiencia negativa de esta forma de organización de su trabajo, porque hay un tiempo asignado a cada mujer pero si por cualquier motivo aumenta éste, deben restarlo a las demás mujeres. Así tienen una sensación de presión durante toda la mañana, estando más preocupados por ser capaces de cumplir el objetivo de ver a todas las mujeres que por el tipo de atención que prestan.

En Villafranca se sigue la misma estructura de tiempos por consulta, y se citan unas 20 mujeres al día, con 15 minutos para cada visita, independientemente de si es de un trimestre u otro. Aunque se dispone de algo más de tiempo por mujer, la percepción negativa de las profesionales es similar.

Las mujeres se refieren a esta percepción, señalando que son “una más”, que se las atiende poco y que tienen poco espacio para poder hablar y para que las examinen.

Este sistema dificulta mucho la asistencia a otras mujeres que acuden a la consulta “sin cita”, pues supone alterar el orden y los tiempos de las visitas planificadas; según hemos contabilizado en el trabajo de campo son unas tres diarias. Los motivos de estas

mujeres suelen tener que ver con dudas sobre informaciones dadas, cambios en relación a pruebas o citas, resultados alterados, o tramitación de bajas laborales¹²⁹. Estas mujeres son atendidas por las enfermeras de forma autónoma y sólo cuando consideran que es importante –según la obstetra que haya ese día en la consulta, atendiendo a cómo se haya desarrollado la jornada (si están atrasados o van a la hora)– son vistas o no por la médica. Pero la enfermera anota sus nombres y su número de seguridad social, para visibilizar el volumen real de mujeres atendidas (y la carga de trabajo), y para dejar constancia en sus historias –bien en papel o de manera informática– de las visitas que hacen y los motivos de las mismas. Estos datos suelen ser utilizados muchas veces para etiquetar a esas mujeres de “hiperfrecuentadoras” o “demandantes”.

Como mostramos en el anterior apartado, en las visitas las profesionales se centran sobre todo en analizar los factores de riesgo y no en recabar otros datos relativos a las vivencias de las mujeres, las necesidades y demandas que tienen, la información que desconocen, etc. En Villafranca, en el protocolo se ha incluido preguntar por la lactancia materna (si se desea o no), por lo que se pregunta en las consultas, lo que demuestra que efectivamente sí hay posibilidades de integrar otros temas.

De manera que los tiempos que se utilizan en cada visita (mostrados en el anterior capítulo 4.1.2.1.) se ajustan a este control, y aunque habría posibilidad dentro de los 10 ó 15 minutos que dura la visita de cada mujer para interactuar más con ellas, y mantener diálogos más fructíferos acerca de sus vivencias, en la práctica se observa que se priman las actividades vinculadas al cumplimiento de los protocolos y el registro. Así, los periodos que deberían dirigirse a la interacción con la mujer suelen reducirse o simultanearse con la realización de dichas actividades. Es decir, mientras que a la mujer le toman la tensión arterial, le hacen la citología o escuchan el latido cardiaco fetal, le van informando y preguntando.

Sin embargo, hemos observado que algunas obstetras se dedican a preguntar a la mujer, a escucharla y a darle información, a pesar de que ello suponga aumentar los tiempos por cada mujer, alterar la planificación y concluir más tarde la consulta. Este hecho está relacionado con la voluntariedad de algunas profesionales y no con un objetivo de la atención sanitaria.

Las matronas, por su parte, tienen también planificados unos 20 minutos por mujer en las visitas de seguimiento del embarazo. A pesar de ello, durante el trabajo de campo

¹²⁹ En Villafranca acuden un menor número de consultas no citadas por este motivo de baja laboral, ya que ésta es tramitada y renovada por el/la médica de familia en su centro de salud.

se percibe que para las matronas esta vigilancia del tiempo cobra menos importancia, lo que produce que muchas veces los espacios por mujer lleguen a ser de más de 30 minutos, y que deban estar más esperando. Este “olvido” del tiempo da otro ritmo a la consulta, y aunque también exista esta secuencia, con unos momentos similares para preguntar, realizar determinadas actividades y registrar, se interacciona más y mejor con las mujeres.

Algunas profesionales, tanto matronas como obstetras, son “productivas” en el sentido de que atienden a todas las mujeres, en el sistema de citas establecido y cumplen los objetivos de la atención sanitaria y sus protocolos. Pero además sus prácticas, constituyen un buen ejemplo de cómo los mismos tiempos pueden ser manejados de diferente manera para orientar la atención a las mujeres y sus necesidades. Por lo que la escasez de tiempos es, según lo observado, mucho más una excusa para la interacción “rápida” con las mujeres que una de las principales causas explicativas para atender con mayor calidad a la población.

5.3.2. El productivismo en el parto: el control de los tiempos

La lógica productivista también articula la asistencia al parto, especialmente en dos situaciones: en la descripción y manejo de cada una de las fases del parto por un lado, y en la organización del trabajo sanitario por el otro, donde quienes dirigen y deciden son las profesionales. Con la introducción de la atención a los partos en los hospitales, se fueron estudiando las fases en que se desarrollan éstos, y se describieron los signos y síntomas y los tiempos de duración que definen a cada una, cómo también ha descrito Martin (1987:58–62). Este cálculo ha dado lugar a un “modelo” en torno a la duración definida como normal en cada etapa del parto, como mostramos en la siguiente tabla:

Tabla 14. Tiempos establecidos como “normales” durante el parto.

Fase del parto	Tiempos “normales”	
	Nulíparas (primer parto)	Multíparas (más de 1 parto)
Primera fase dilatación	< 20 horas	< 14 horas
Segunda fase dilatación	5 horas; velocidad 1,2 cm/hora	3 horas; velocidad 1,5 cm/h
Expulsivo	50 minutos hasta 2 horas	20 minutos a 1 hora
Alumbramiento	30 minutos	
Total	27 horas y 30 minutos	18 horas y 30 minutos

Fuente: Protocolo de Atención al Parto Normal, hospital de Villafranca, 2004:5–12.

Si la duración de las fases aumenta, los partos son valorados como indicativos de riesgo, de que algo puede estar sucediendo mal en los cuerpos de las mujeres, y se

justifica la intervención sanitaria para que se ajusten a la duración “normal” establecida. Esto se constata en los protocolos: *“Se avisará al ginecólogo para valorar la posible detención de la dilatación tras la realización de una exploración vaginal, sin progresión con respecto a la anterior, espaciadas una de la otra por un intervalo de 2 horas”* (Protocolo de Atención al Parto Normal, hospital de Villafranca, 2004:8).

La centralidad de los tiempos en la definición de los partos constituye una construcción del proceso del parto, propia del modelo biomédico, donde los tiempos se elevan como un instrumento para guiar la actuación profesional (si debe intervenir la obstetra o no, y qué hacer), a la vez que para distinguir lo que son las desviaciones de la normalidad (los riesgos). En otros países europeos, como Holanda e Inglaterra, al igual que sucede en los partos domiciliarios, existe otra conceptualización del parto, que desplaza a un lugar secundario este control temporal, primando otros aspectos en la evolución del mismo¹³⁰.

Aquellos partos que no se ajusten a este ritmo se valoran como de riesgo, se aumenta su vigilancia y constituyen una razón para la intervención: *“La falta de progreso y detención del descenso implican mal pronóstico, por lo que en estos casos deberemos extremar la vigilancia fetal y replantearnos la actuación obstétrica”* (Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto, SEGO, 2007:7).

Algunas intervenciones para acelerar los partos, como veíamos en capítulos precedentes, son romper la bolsa de aguas y administrar determinados fármacos (oxitocina). En estos casos se hacen más palpaciones para comprobar la velocidad de los partos, y las matronas deben avisar de aquellos más lentos a la obstetra, quien debe valorar qué está pasando y si existe compromiso del bienestar fetal. El desajuste al modelo puede conducir a que se realicen cesáreas por “no progresión del parto” y/o partos instrumentales con fórceps y ventosas, que favorezcan que los nacimientos se den dentro de los intervalos “normales”.

La flexibilidad del modelo se advierte en la fase del expulsivo –es la que se produce en el paritorio cuando tiene que nacer la criatura–, en que se reconocen variaciones en los tiempos y se amplían éstos, aunque siempre condicionado por la situación de la criatura: *“En ausencia de compromiso fetal, si la dinámica uterina es la adecuada, la colaboración de la madre es buena y no existen problemas maternos que lo contraindiquen, se acepta como duración normal hasta 2 horas en nulíparas y 1 hora en multíparas siempre y cuando exista un progreso continuo en el descenso de la presentación”* (Protocolo de Atención

¹³⁰ A este respecto se puede consultar Coks Feenstra (sin fecha) sobre “La atención al parto en Holanda” y, para España, el protocolo Asistencia al Parto Poco Intervencionista del hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén).

al Parto Normal, hospital de Villafranca, 2004: 9–10). Algunas matronas señalan que estas indicaciones de los protocolos se flexibilizan para respetar la idiosincrasia de cada parto: *“Claro que estás pendiente del reloj, pero esto no lo transmites a la mujer, es más un forma de trabajo que te permite ir viendo cómo va esa mujer, luego cada cual ve con más o menos agobio que vayan más lentas”* (Jorge, matrona, 35–40 años, padre, Noceda).

Las mujeres, aunque hayan acudido a los cursos grupales de preparación del embarazo y leído consideraciones sobre el parto, desconocen estos tiempos, el valor que tienen como indicativo de riesgo para las profesionales y que los partos puedan tener una duración tan larga. Para ellas, acudir al hospital significa parir, y en eso hay una sensación de inmediatez. Especialmente cuando saben que existen procedimientos sanitarios como el uso de medicación (oxitocina) que aceleran dicho proceso.

Por otra parte, con la analgesia epidural perciben que estos lapsos serán más rápidos y que no tendrán molestias, aunque las contracciones –producidas por dichos fármacos– sean más intensas. Sin embargo, en la realidad los tiempos son largos y las mujeres se desesperan de “estar tanto esperando”, aunque no tengan dolores por la epidural y se encuentren en el hospital. Algunas matronas les informan sobre el momento en que están en el desarrollo del parto, pero esto no modifica su percepción.

Ahora bien: situar estos tiempos en relación al riesgo implica que la mayoría de las mujeres dejan actuar a las profesionales, aceptan el intervencionismo médico y se responsabilizan de los ritmos de sus partos: *“no podía parir”*, *“me quedé estancada y no dilataba”*, *“fue una cesárea porque no avanzaba”*, *“yo no sé si sabré parir”*, es lo que dicen sus discursos. Al regirse estos casos por procedimientos de mayor vigilancia, la mujer nota que entran más profesionales a su habitación, que le hacen más palpaciones por parte de personal diferente (al menos una matrona y la obstetra, pero a veces se pide que palpén también otras compañeras para verificar la situación), lo cual facilita y promueve en definitiva que la mujer perciba que algo ocurre, aumentan sus temores y, por tanto, realiza más concesiones al personal sanitario con tal de que su criatura nazca bien y todo concluya.

Además flexibilizar el control de los tiempos aumentando su duración tampoco es comprendido, ni por las profesionales ni por las mujeres, cuando el parto concluye en una cesárea. En cierta ocasión, en el servicio de paritorio, después de dejar a una mujer “a su ritmo”, y esperar para que el parto se diera de forma natural, la matrona que la atendía comentó su desacuerdo con las recomendaciones que se seguían de la siguiente forma: *“Al final ha sido una cesárea. Yo ya lo sabía, si no fuera por la OMS ya te lo decía yo*

que está no iba” (Cuaderno de campo, servicio de paritorio, hospital de Villafranca, 2/10/2007).

Como es lógico suponer, esta vigilancia es más exhaustiva especialmente en situaciones en las que hay un gran número de mujeres esperando en las urgencias, quedando relegados otros aspectos como respetar los tiempos del protocolo, distanciar las palpaciones, no aumentar la oxitocina y esperar e individualizar.

En uno de los hospitales, para gestionar mejor el paritorio, se había establecido que hubiera una obstetra fija en el paritorio, con dos cometidos: resolver todas las demandas del paritorio y supervisar el trabajo de paritorio con vistas a que las mujeres no se estancaran allí. En una entrevista, una obstetra lo explica en relación al enfoque fisiológico del parto que se está imponiendo a partir de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo:

“Esto de los partos naturales hay que verlo, porque no se puede estar tanto tiempo observando y parar una urgencia. Esto se puede hacer en unidades con pocos partos diarios, donde puedes dejar tiempo a una mujer, pero en hospitales como el nuestro no puedes, no lo puedes hacer. Por eso hemos incrementado el personal de ginecología y ahora hay una ginecóloga fija en paritorio, para agilizar y que no estén mujeres esperando en urgencias. Con el número de partos diarios que tenemos, ¿cómo podemos dar una atención a un parto normal? Eso es una contrariedad con la Estrategia del Ministerio. Es contradictorio que por un lado agilicemos el tiempo de alta hospitalaria después del parto, y por otro aumentemos el tiempo de ingreso en los partos para dar tiempo al progreso de parto, hay que ver el coste de una habitación en un hospital y ver si nos vamos a ahorrar algo. Esto es una medida política para ciertos grupos sociales, pero es inviable” (Julieta, obstetra, 40–45 años, madre, Villafranca).

En su discurso, la obstetra pone de manifiesto que la atención de estos hospitales públicos, debe estar centrada en dar cobertura a todas las mujeres, lo cual depende de la demanda. Pero si la demanda es alta, condiciona el tipo de asistencia que se presta. De este modo, si hay muchas mujeres esperando, los tiempos deben ajustarse para poder atender a todas, lo que supone disminuir la estancia en el paritorio de cada mujer y, por lo mismo, acelerar los partos para que concluyan antes, aunque esto suponga un mayor intervencionismo y realizar aquellos procedimientos que las profesionales saben que se hayan cuestionado su uso de una forma general. A pesar de la flexibilidad que pueda tener el personal al aplicar los protocolos, la demanda “obliga” a que prime el productivismo, aunque ello suponga contradicciones con otros enfoques y propuestas defendidos por ellas. Además, como describen matronas y obstetras, estos aumentos de los intervalos de estancia hospitalaria suponen un coste

económico y, en un contexto obsesionado por su valoración, obliga a relacionar estos cambios y el aumento del gasto con mejores indicadores de salud.

Las profesionales son las que mejor conocen esta lógica de la presión asistencial, los protocolos y las actuaciones a aplicar a las mujeres, lo que produce que sean ellas quienes tengan el control sanitario frente a las mujeres, decidan cómo va a ser la atención y sepan las razones explicativas de la misma. Carmen, una de las mujeres entrevistadas, describe muy bien este sentir de ella no conocer nada y de que sean las profesionales quienes decidan y sepan el porqué de lo que pasa. Ella es una de las mujeres que había acudido repetidas veces a urgencias y la matrona que le atendió consideró que no estaba todavía de parto. Fue tres veces hasta que por fin la ingresaron; estuvo en la sala de dilatación desde el domingo al martes, y luego le pusieron oxitocina y el resto de los procedimientos habituales. Esto ella no lo entiende, pero además lo entiende menos si lo pone en relación con otras experiencias cercanas, de mujeres que fueron a parir al mismo centro hospitalario y les ingresaron antes para luego estar en el hospital sin que se les hiciera nada *“para que fuera natural”*, mientras que ella tuvo que estar en casa, también sin hacer nada, pero agobiada, sin saber si todo iba bien.

En la zona de Villafranca, se intenta, en la medida de lo posible, respetar los ritmos de los partos de las mujeres, por lo que no se ingresan hasta que no está confirmado que están de parto y luego en el servicio de paritorio se les deja para observar cómo evoluciona. Como esta información no se transmite ni en las consultas de obstetricia ni en los cursos de preparación grupales durante el embarazo en los centros de salud, las mujeres desconocen las visiones del manejo de los partos. Además, tampoco se explica las controversias sobre el uso de los procedimientos médicos que vimos anteriormente. Desde ahí se promueve en las mujeres una actitud de seguimiento de las pautas sanitarias establecidas por sus profesionales pero que no comprenden. Esta falta de comprensión de las mujeres imposibilita que puedan ser dueñas de su propio proceso, que tengan control sobre su epp, se le impide que lo sea desde lo biomédico y desde lo productivista.

5.3.3. El productivismo en el puerperio: la menor atención a las mujeres

En esta etapa destacan dos hechos que explican cómo se ha ido articulando la lógica económica en la atención sanitaria, introduciendo cambios y desplazando otros intereses sobre la salud. Al contrario de las otras etapas, aquí se observa un menor control. Desde interpretaciones del coste-eficacia, se prioriza disminuir la asistencia y

que la mujer sea quien autogestione su salud. Para ello, se cuenta con el apoyo del personal de enfermería de este servicio durante los primeros días después del nacimiento y con las consultas por las matronas en los centros de salud. Pero en ambos lugares, las pruebas que se realizan y la vigilancia médica son menores, puesto que se considera que la mujer ha concluido su embarazo y parto, que son las principales situaciones de riesgo. Aunque puedan aparecer malestares, y demandar cuidados, atención y apoyo, desde los protocolos y el propio modelo biomédico estos aspectos no son valorados.

La menor asistencia se observa en los pocos días de ingreso hospitalario tras el parto. En Villafranca, las mujeres son dadas de alta a los dos días si han sido partos y a los tres si han sido por cesárea, mientras que en Noceda a los tres y cinco respectivamente. Este menor día de estancia en Villafranca, que además es la propuesta establecida actualmente, se justifica principalmente por el coste sanitario y la no influencia de un mayor tiempo en la salud de la mujer y la criatura. A partir de ahí, se añaden otras razones, como por ejemplo que la recuperación de la mujer es mejor en su domicilio, que el hospital es un lugar de riesgo para las mujeres y sus criaturas, ya que pueden coger infecciones, que hay demasiado ruido, que no pueden venir sus familiares a acompañarla, entre otros. Estos argumentos no se empleaban en las otras etapas, sobre todo durante el parto, momento en que se presenta el hospital como el lugar más seguro para el nacimiento. Una vez finalizado éste, el hospital parece que se convierte en un lugar inhóspito.

Sin embargo, se recogen en nuestro trabajo de campo opiniones que sugieren que este tiempo es demasiado corto, aunque se señalan razones diferentes. Por un lado, las enfermeras del servicio de puerperio apuntan los inconvenientes de tan pocos días en dos sentidos: en la necesidad de que la mujer se recupere y en la lactancia materna:

“Yo no soy partidaria de acortar más el tiempo de ingreso, ya tenemos muchos problemas con la lactancia materna, hay personas que tú ya ves que con esas 48 horas les faltaría un día más en el hospital. Pensando sólo en la cuestión fisiológica, en la madre, en que ella ya esté bien, pues vale, pero hay que pensar en la lactancia, y que la madre necesita apoyo también en ese sentido. Pero un día sólo para la lactancia, uff, tal y como está el tema de la lactancia, teniendo en cuenta que tenemos todavía mucha cultura del biberón, muy difícil, el biberón es lo cómodo, es lo fácil, tú puedes descansar, se lo puede dar cualquiera, y es que el primer día es el peor, que el bebé al principio está despierto, pero luego si está muy dormido, que ve, que no, que no lo consigue despertar, si se van así a casa, un biberón seguro, en cuanto se agobien un poco, y no se les puede culpar por eso, porque se agobien, porque piensen que no van a poder, si no se les apoya pues es normal que así lo sientan” (Matilde, enfermera, 35–40 años, madre, Villafranca).

Las mujeres, por su parte, especialmente cuando han tenido otros hijos o hijas y saben lo que les espera, expresan lo difícil que es la vuelta a casa, sin que ello implique necesariamente que querrían estar más días en el hospital. Esto lo hemos recogido en diferentes casos siendo, uno de ellos el de Lucía, una mujer joven, de 35-40 años, que tiene otra niña:

Investigadora: “¿Qué tal? ¿Te vas de alta?”

Lucía: “Sí, comeré tranquilamente, me tumbaré y luego me vienen a buscar”.

Investigadora: “¿Cómo ves volver a casa?”

Lucía: “Bien, sobre todo por ver a la niña, han sido tres días y ya tengo ganas de verla. Aunque si lo pienso, me quedaría aquí (risas)”.

Investigadora: “A ver, explícame”.

Lucía: “Aquí estoy bien, pero me siento muy cansada, me duele todo, la otra vez lo pasé muy mal. Estuve mucho tiempo mal y me costaba mucho levantarme, los puntos me tiraban, no podía tumbarme ni sentarme sola, a veces daba el pecho de pie porque era horrible. Además, cuando llegué a casa, se acabaron estas vacaciones y otra vez a todo, la casa, la niña y este llorón”.

Investigadora: “¿Tienes quién te ayude?”

Lucía: “Sí, pero el problema es cómo tirar de este cuerpo (Risas)” (Cuaderno de campo, servicio de puerperio, hospital de Villafranca, 15/01/2008).

Mujeres como Lucía ponen de manifiesto cómo el cuerpo necesita un tiempo para descansar y recuperarse tras el embarazo y el parto. Cuando vuelven a casa, se espera que ellas ya estén bien y además puedan encargarse de todo lo relativo a sus criaturas, y en la mayoría de los casos –como veremos en el capítulo 7– también del trabajo doméstico. Si no se han recuperado totalmente y si no cuentan con apoyos para reanudar o iniciar estas tareas, tanto lo relativo a lo doméstico como a las criaturas, y poder ellas cuidarse y descansar, puede entenderse que algunas manifiesten razones para no irse. Lo que nos recuerda la diversidad de situaciones y vivencias que pueden darse, y como los periodos establecidos pueden servir para algunas y no para otras. Con esta afirmación no estamos sugiriendo que se aumenten los tiempos de ingreso hospitalario, quizá el hospital no sea el mejor lugar para recuperarse, pero sí sobre el peligro de planteamientos y modelos rígidos para todas las mujeres y para todas las ocasiones, pues el alta supone que están preparadas para su cuidado y el de sus criaturas, y algunas no lo están.

Aunque estas explicaciones sobre dar el alta precoz se relacionan con el coste económico y con la “supuesta” mejor recuperación en su domicilio, sin embargo no se aplican en todos los casos, especialmente cuando las mujeres deciden adaptar los

protocolos establecidos a sus necesidades. Como ejemplo presentamos la situación de Almudena, que quería irse de alta antes del tiempo establecido y las profesionales la disuadieron:

“Es una mujer joven, alrededor de 35 años, su hija nació ayer, ella hoy se ha levantado, se ha duchado y parece que no hubiera parido. Dice que está muy bien y en la visita médica pregunta si le tienen que hacer alguna analítica o algo. Le dicen que no. Ella entonces dice que si la pueden dar el alta, que prefiere estar en su casa. La ginecóloga le dice que tienen que ver a su bebé. Ella dice que el pediatra ha venido antes y le ha dicho que las pruebas del talón se las podría hacer en su centro de salud. La ginecóloga entonces le argumenta que es mejor que este un día aquí, por si pasa algo. Ella pregunta que qué puede pasar. La ginecóloga la dice que por qué esa prisa, que qué tiene que hacer. Ella dice que nada, pero prefiere estar en su casa. Entonces la ginecóloga cambia su tono de voz que ha ido siendo cada vez más duro y firme y le dice: «Mira, si te quieres ir te vas, pero entonces asume que si te pasa algo a ti o al bebé, será responsabilidad tuya y claro, en esto el padre tiene que estar de acuerdo». Al salir de la habitación comenta con la enfermera que las mujeres no hay quien las entienda, que tienen que estar llevando siempre la contraria” (Cuaderno de campo, servicio de puerperio, hospital de Villafranca, 18/01/2008).¹³¹

Casos como éste no son muy habituales, pero reflejan cómo la institución sanitaria no flexibiliza sus normas y protocolos y su no cumplimiento lo sitúa en el riesgo. Y sobre todo cómo se utiliza a la criatura para disuadir a las mujeres como veremos más adelante. Esto lo observaron Irwin y Jordan (1987:319–334) al entrevistar y estar presentes en casos de mujeres que se negaron a que les hicieran una cesárea, lo cual cuestionaba el poder de los profesionales para decidir. Porque el sistema abunda en que quienes tienen los conocimientos autorizados son las profesionales y no las mujeres, y en estos casos se aprecian las estrategias que utiliza la biomedicina, como las amenazas, tal y como hemos comprobado en el caso de Almudena.

Posteriormente, la mujer se marcha a su domicilio, y en unos días acudirá a las visitas pautadas. En los programas y protocolos figura que la primera visita en el postparto será en el domicilio de la mujer. El puerperio es una de las pocas ocasiones en las que, sin darse una situación de enfermedad, el personal sanitario (las enfermeras o las matronas, según el centro) se acerque a los domicilios de las mujeres. Esta primera visita se recomienda *“procurando siempre atender al mayor número de mujeres y recién*

¹³¹ Otras matronas, que no forman parte del estudio, comentan que en algunos lugares estas situaciones se suceden y la institución sanitaria ha establecido que las mujeres se pueden ir de alta pero sus bebés no, hasta el tiempo pautado en los protocolos. Medida que es muy persuasiva para que las mujeres acaten el protocolo. Razones como la exclusividad de la lactancia materna y la necesidad del “vínculo materno-filial” pueden ser relegados a un segundo plano en aquellos casos en los que las mujeres toman decisiones contrarias a las establecidas.

nacidos de riesgo” (Protocolo de Visita en el Primer Mes Postparto, área 12, 1999:30), y se establecen una serie de factores de riesgo que determinan quienes son estas mujeres:

“Inestabilidad del grupo familiar; desequilibrios familiares temporales y prolongadas; situaciones migratorias; deficiencias ostensibles en la vivienda; enfermedades psiquiátricas y deficiencia mental; alcoholismo, drogadicción o delincuencia; malos tratos entre los padres; inmadurez de los padres jóvenes (madres menores de 18 años, madres solteras...); paro; cambios frecuentes de médico; accidentes frecuentes en anteriores hijos; higiene deficiente de la madre y falta de cuidados básicos de salud en anteriores hijos” (Protocolo de Visita en el Primer Mes Postparto, área 12, 1999:30).

Esto significa que todas las mujeres que cumplan alguno de estos “requisitos” son valoradas como situaciones de riesgo, y deberían ser visitadas para *“aumentar el nivel de salud de la puérpera, identificar situaciones de riesgo y detectar trastornos psicológicos y situaciones estresantes para procurar su resolución”* (Protocolo de Visita en el Primer Mes Postparto, área 12, 1999:29). Sin embargo, en la práctica dicha visita ya no se efectúa por falta de matronas, de huecos en sus jornadas de trabajo y por el elevado coste que supone. Ya en la memoria de 1997 de la actividad asistencial de esta área sanitaria, el número de visitas domiciliarias suponía un 0,4% de la actividad diaria (1998:59) y en 1999 no se realizaba ninguna visita de este tipo; a pesar de seguir siendo indicada en el programa sanitario. Así nos lo comentó María:

“Yo dejé de hacerlas porque las mujeres venían al centro y ya las veías, y luego por el tiempo. Te tenías que desplazar, eso nadie te lo paga, aquí hay casas que tardas media hora andando por ejemplo. Tardabas mucho y cuando regresabas tenías un retraso enorme. Pero sí, realmente te permitía hacer bien lo que dice el protocolo, es decir, dar educación a las mujeres y conocer si puede haber situaciones de riesgo que de otra manera no te enteras” (María, matrona, 45 años, madre, Villafranca).

La lógica económica que ajusta el número de matronas a la población es el principal motivo que no ha permitido su continuidad. Algunas matronas, partiendo desde otra mirada de lo que supone esta etapa y de cuál es su función en la asistencia, subrayan la pérdida de estas visitas en relación a la oportunidad que suponía de acercarse a las mujeres: *“Era una de las actividades que yo más disfrutaba, te permitía hablar mucho con las mujeres, entender mejor lo que decían, y sentir realmente que las apoyabas”* (Sol, matrona, 50 años, madre, Noceda).

Dejar de hacer esta visita también implica que, mientras antes las profesionales iban a ver a las mujeres, ahora el sistema sanitario valora que las mujeres, cuando puedan o quieran, acudan a ver a sus matronas –a las dos visitas que hay establecidas y a los cursos–. Pero, a diferencia de las anteriores etapas del epp, no fomenta que las mujeres acudan a ser atendidas, y como veremos en el capítulo 7, por los datos que disponemos

de cobertura se constata cómo muchas mujeres directamente no van a las visitas, desconociendo sus razones para ello.

5.3.4. La centralidad del producto: el bienestar del feto

A lo largo del embarazo y del parto se encuentran diversas situaciones en las que se advierte cómo el personal sanitario dirige principalmente su atención al feto, invisibilizando a las mujeres. El feto es convertido en un paciente más, aunque esté en el cuerpo de la mujer (Martin, 1987:145–147) y a través del uso de determinadas pruebas, como la ecografía, se permite establecer diálogos entre el médico y el feto sin mediar la mujer, como muestra Rapp (1999:122) en sus estudios (véase en el 2.3.2.3.).

Esto mismo sucede también en el paritorio, en que se establecen este tipo de diálogos a través de los monitores y que recogen la frecuencia cardiaca fetal. De tal modo que se pasa más tiempo enfrente del ordenador mirando el registro del monitor que en la habitación acompañando a la mujer¹³². Y los datos que ofrezcan estos registros acerca de cómo se encuentran los fetos, orientan las decisiones e intervenciones sanitarias, sin valorar las opiniones de las mujeres. De modo que se observan situaciones en las que, por ejemplo, mujeres que estaban de parto, con una monitorización externa, andando y moviéndose, han empezado a tener alteraciones en los registros (bien por subidas o bajadas de la frecuencia cardiaca del feto), ante los cuales, algunas matronas han decidido poner a la mujer una monitorización interna, para evitar cualquier duda sobre el registro. Y ello aunque ellas manifestaran que no querían, y sea éste uno de los procedimientos cuestionados –visto en el apartado 5.2.2. –, aspectos que como se ve son relegados. Así, “quien habla” de que no hay problemas es el feto, y la palabra de la mujer se tiene que acompañar de signos de bienestar de la criatura, o si no es obviada, invisibilizada.

De esta forma se transmiten numerosos mensajes a lo largo de todo el proceso, sobre la importancia de la criatura, que van configurando el que la mujer vaya situándose en un lugar secundario, como también abordaremos en los siguientes capítulos con la promoción de lactancia materna y la creación del vínculo.

Sin embargo, también se observan situaciones en las que las criaturas y sus cuidados no tienen el mismo lugar en las mujeres que en las profesionales. En ese sentido es interesante la historia de Faith, una mujer nigeriana de 25 años, ingresada en el servicio

¹³² En el hospital de Villafranca, como vimos, se han informatizado todos los servicios. Así, los monitores que se colocan a las mujeres están conectados al sistema informático y, desde cualquier ordenador, se pueden ver todos los registros.

de puerperio por riesgo de aborto. Está de 23 semanas de embarazo, es la segunda vez que ingresa por este motivo y lleva una semana en la cama en reposo absoluto. Durante todos los días, ella manifiesta su deseo de irse, pero el personal sanitario le invita continuamente a pensar en su criatura:

Faith: “Quiero irme a casa, no quiero estar aquí”.

Obstetra: “Existe el riesgo de que tengas el bebé en tu casa, es mejor estar aquí. Tienes que estar en la cama”.

Faith: “Sí, pero en casa, yo quiero estar allí”.

Obstetra: “¿Qué pasa? ¿Qué quieres tener el bebé en casa! Al bebé le podría pasar algo, es muy pequeño y tiene que nacer aquí”.

Faith: “¿Por qué no hablas con mi madre? Luego va a venir, tiene 60 años, ella te dirá que quiero irme a casa”.

Obstetra: “Nosotros lo tenemos que pensar, mañana lo hablaremos en la sesión clínica, hay riesgo para el bebé y tenemos que tomar una decisión” (Cuaderno de campo, servicio de puerperio, hospital de Villafranca, 17/01/2008).

Después, las profesionales comentaron que esta mujer no quería estar ingresada, que en días anteriores y en el anterior ingreso también había manifestado su deseo de marcharse. Ellas lo interpretaban como que no quería a su bebé y lo asociaban con “ser inmigrante”: “*Están acostumbradas a no cuidarse, a parir en cualquier sitio*”, comentaban. Las profesionales valoran que es una mujer inmigrante, sin conocimientos sobre lo que resulta adecuado. Ella defiende que el hospital no es el sitio para estar y reclama que escuchen a su entorno –a su madre mayor con experiencia– para que intermedie por ella en esta situación y se valoren sus preferencias.

Coincidimos entonces con Rapp (1999:131) cuando afirma que la variable inmigración invisibiliza otras diferencias entre las mujeres, derivadas de la clase social, la edad y otras visiones sobre el epp, sus criaturas y la salud, convirtiéndose en un comodín utilizado por el personal para borrar las similitudes entre las mujeres españolas y extranjeras, ya que les resulta más fácil explicar las diferencias por razones culturales que por otras razones que suponen cuestionar a las profesionales –es decir, a ellas mismas– y a la atención.

Este caso también refleja cómo se prima el que “a toda costa” se produzcan nacimientos independientemente de las consecuencias que pueda tener una criatura prematura, tanto sobre la morbilidad neonatal como sobre la mortalidad infantil posterior, ya no asociada al epp. Tampoco se valora el deseo o el impacto sobre las mujeres proveniente del hecho de tener una criatura con algún problema, ni se hace caso a la pareja o al entorno sociofamiliar que la mujer reclama como válido. No se

explican estas consecuencias a fin de que las mujeres puedan elegir qué hacer ante estas situaciones, como sí sucede en otros contextos. Pero como la asistencia obstétrica tiene que velar por el bienestar de estas criaturas, tanto antes del nacimiento como después, las profesionales se convierten en sus custodios más que en garantes del bienestar de todas las partes: madre, criatura, pareja y entorno social.

En conclusión, el desenmascaramiento de la lógica productiva permite ver más razones que las exclusivamente biomédicas en las decisiones que se toman sobre la atención al epp. Las criaturas y el coste económico del proceso aparecen como las prioritarias, incluso por encima de las mujeres. Cuando la criatura ya ha nacido y está bien, fuera de los riesgos valorados sanitariamente, se concluye el itinerario asistencial, aunque la mujer siga teniendo algunas necesidades y demandas. Éstas son minimizadas y los argumentos usados para criticar el control biomédico del epp son usados por las profesionales para justificar el alta precoz en el puerperio. Desde ahí, de la mujer se espera que ocupe su lugar en esta “cadena de producción”, que acepte las pautas y cumpla con el rol esperado; lo contrario supondrá que sus profesionales la tengan que convocar, que convencer, que “obligar” a ello. Así pues, pasemos ahora a analizar, el rol que protagonizan las profesionales en el proceso del epp.

5.4. RELACIONES DE PODER ENTRE PROFESIONALES Y USUARIAS

El quehacer de las profesionales está condicionado por estos aspectos que hemos visto (productivismo, enfoque del riesgo, cumplimiento de los protocolos), procedimientos en los cuales han sido socializadas, y conforme a los cuales estructuran su trabajo y sus posibilidades –y voluntades– de introducir cambios. La cuestión ahora es analizar si sus actuaciones y sus relaciones con las mujeres refuerzan o cuestionan este modelo, qué partes del mismo son revisadas y cómo integran a las mujeres en las decisiones relativas a sus embarazos y partos. Lo que supone llevar a cabo un enlace con otros enfoques como el fisiológico, que será descrito y analizado convenientemente en el siguiente capítulo, que tiende a que el control sobre el epp sea compartido con las mujeres.

Por tanto, en este apartado se presenta quiénes son estas profesionales, sus formas de trabajo, sus relaciones de poder, así como los elementos que configuran dichas relaciones. Se concluye este capítulo 5 con la descripción de las relaciones entre las profesionales y las mujeres, donde por último revisamos si el hecho de ser mujer influye en la relación sanitaria en torno a la cual gira el epp.

5.4.1. Profesionales: obstetras, matronas, enfermeras y auxiliares

Cuando surgen debates sobre quiénes deben atender el embarazo si matronas u obstetras, éstas rápidamente manifiestan su mayor experiencia y los problemas derivados de compartir su asistencia con otros profesionales. A este respecto Rosario opina lo siguiente:

“Nosotros somos especialistas. Los médicos de familia, aunque roten por nuestros servicios, no saben todo lo que habría que hacer. Fíjate si no qué mal hacen lo de dar la primera cita, a veces piden mal los análisis. ¡Cómo para llevar todo el proceso!” (Rosario, obstetra, 50-55 años, madre, Noceda).

Esta idea también es compartida por las mujeres, que subrayan el mayor conocimiento que perciben en las obstetras: *“Mejor que te lo explique el ginecólogo, ellos son los especialistas en los temas de las mujeres, las matronas saben, pero no tanto”* (Hortensia, 30 años, segundo embarazo, una niña, trabaja sólo en casa, Noceda).

Las obstetras son responsables del seguimiento del embarazo en las consultas del centro de especialidades, realizan las pruebas como las ecografías, interpretan los resultados y deciden todo lo concerniente al tratamiento durante el mismo. En los paritorios, aunque no atiendan directamente el parto, pues su función se dirige a los partos de riesgo o con problemas, están siempre presentes en los servicios, observan a las mujeres, preguntan a las matronas sobre la evolución de los partos normales y vigilan los monitores a través de los sistemas informáticos. De forma que supervisan toda la atención que se presta.

En el puerperio se da una situación similar, ya que la asistencia la proporcionan las enfermeras y auxiliares de enfermería, pero en la visita médica diaria, las obstetras ven a todas las mujeres y deciden los tratamientos, y altas y, en definitiva evalúan la atención. Sin embargo, una vez que las mujeres tienen el alta hospitalaria, su función concluye y el resto del proceso depende de las matronas, que en caso de detectar algún problema derivan a las mujeres a las urgencias para que sean vistas por las obstetras.

Las matronas trabajan en los centros de atención primaria y en los servicios de paritorio y urgencias. El tipo de trabajo que desarrollan y la independencia que tienen varía en función de estos espacios. Las matronas de los centros de primaria disponen de bastante autonomía y no tienen que coordinarse con el personal de obstetricia. Su trabajo principalmente se dirige a realizar actividades de educación para la salud hacia las mujeres, aunque no pueden decidir tratamientos y pruebas médicas. A pesar de ello, participan activamente en el seguimiento del embarazo mediante consultas individuales, que sólo en la zona de Villafranca pertenece al protocolo.

En cuanto a las matronas de los hospitales son quienes atienden a las mujeres desde su ingreso en urgencias hasta el parto. Sus competencias consisten en atender los partos “normales”, puesto que cuando aparece algún problema deben avisar a la obstetra para que sea quien decida sobre la actuación a seguir.

Para evitar conflictos entre matronas y obstetras, en los protocolos se intentan definir las funciones de cada cual, las personas responsables de cada actividad sanitaria y las situaciones ante las cuales es necesaria la intervención de la obstetra. Sin embargo, estos hechos no siempre son claros; por ejemplo, en el protocolo se establece “avisar en caso de alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal” y cada matrona interpreta si habría que avisar ante una alteración puntual o tiene que haber más de un cambio en la frecuencia o que éste sea más continuado antes de informar a la obstetra.

Las enfermeras están presentes en las consultas de embarazo como apoyo para el personal médico. Su trabajo consiste en realizar algunas actividades (la toma del peso, la tensión arterial, la escucha del latido cardiaco y la citología, principalmente) y en función de quién esté en la consulta pueden llegar a realizar más actividades. Las enfermeras también están presentes en los servicios de puerperio y son las responsables de la atención. Sus actividades están protocolizadas y se relacionan con la exploración de las mujeres y de sus criaturas y con la realización de algunas pruebas como analíticas. Igualmente, ante cualquier problema detectado deben avisar a las obstetras.

Las auxiliares de enfermería, por su parte, están presentes a lo largo de todo el proceso, tanto en algunas consultas del embarazo, como en el paritorio y en el servicio de puerperio. En atención primaria es el único nivel donde no están. Sus funciones se centran en todo lo que tiene que ver con actividades de cuidado a las mujeres, donde destacan el aseo y las camas y otras actividades delegadas por las otras profesionales. Son las que menos decisiones toman, pero participan en el acompañamiento de las mujeres, les informan y les ayudan, lo que hace que tengan mucha información sobre la atención que reciben las mujeres y el trabajo del resto de las profesionales.

Por tanto, de todas las profesionales, quienes toman decisiones sobre la asistencia son exclusivamente los grupos de matronas y obstetras, que se configuran como las expertas en su manejo; las primeras, dirigidas a los procesos de normalidad, al parto fisiológico; las segundas, dirigidas a la patología, los riesgos y los problemas que sucedan.

Los factores que condicionan el trabajo de matronas y obstetras se vinculan, por un lado, con la organización del sistema sanitario y el enfoque de riesgo, con el

cumplimiento de los protocolos, con las condiciones productivas y con la informatización de los servicios, que serían aspectos comunes a ambos grupos. Y, por otro lado, están los aspectos individuales, como las concepciones sobre el papel de las mujeres en la atención, sus visiones del epp y las relaciones con las otras profesionales, que a su vez se traducen en dos hechos: las relaciones de poder que mantienen con las mujeres en el encuentro sanitario, y la posibilidad de que el trabajo se realice en equipo. O no.

5.4.2. Obstetras y matronas: del trabajo en equipo a la autonomía

En la observación hemos percibido que en general, existe una buena relación entre todas las profesionales y que, no hay tensiones entre ellas, independientemente de la categoría profesional a la que cada una pertenezca. En las entrevistas, cuando se pregunta sobre este tema aparecen los discursos socialmente esperados: *“Aquí se trabaja en equipo”, “Somos todos muy profesionales y no dejas que las relaciones personales, tanto si conoces a la matrona como no, influyan en el trabajo”*. Además, las profesionales trabajan de forma independiente, intentando no inmiscuirse en las tareas de las otras. Se da un trato muy respetuoso y cordial entre ellas, centrado en el trabajo que se comparte y debajo del que subyace la conciencia de la jerarquía y el lugar de superioridad que ocupan las obstetras. Por ello, da la impresión que las fórmulas de cortesía son una señal para explicitar al otro (en este caso a la obstetra) el reconocimiento de su lugar y como prevención de posibles conflictos. La división profesional de las tareas permite una relativa autonomía en algunas y en otras la necesidad de comunicación entre unas y otras.

En el trabajo cotidiano, donde aparece un reconocimiento de los roles y aportaciones de cada cual, se intercambian opiniones sobre las pacientes y se resuelven las demandas asistenciales conjuntamente, sobre todo entre aquellas que llevan más tiempo trabajando conjuntamente, lo que les ha permitido conocerse y congeniar. Así, por ejemplo, en general el personal de enfermería de las consultas de obstetricia desarrolla su trabajo dependiente del personal médico, esperando a que les den permiso para realizar determinadas actividades. La autonomía y el mayor protagonismo sobre su trabajo para tomar decisiones como informar a las mujeres, organizar las citas y otras cuestiones, tiene que ver con quien sea la obstetra con quien se trabaja: *“Como ya les conozco, sé que según con quien trabaje tengo más libertad para hacer cosas, para dar más información”* (Montse, enfermera, 45-50 años, madre, Noceda).

En el paritorio es donde se observan más casos de matronas que actúan de forma más independiente de la obstetra. Esta autonomía en su trabajo también varía a lo largo del día, según estén presentes las obstetras o no: por la mañana siempre hay una obstetra o las residentes, por lo que, según de quién se trate, consultan más sus intervenciones o actúan con mayor libertad o las obstetras les solicitan más información sobre la evolución de las mujeres. En cambio, por las tardes, y sobre todo por las noches, al haber sólo una o dos obstetras, que además tienen resolver las demandas que haya en todo el hospital, y no pueden estar tan pendientes del trabajo en paritorio, las matronas gozan así de mayor autonomía.

Estas cuestiones surgen reiteradamente con las matronas:

Gema, matrona: “Según la presión que tenga así actúo. Los «gines» tienen que entender que a veces no podemos hacer más. Las exploraciones tienen que ser cada 2 horas”.

Beatriz, matrona: “La matronería es paciencia, la obstetricia no, ellas no están acostumbradas a esperar. Los «gines» han mejorado su actitud frente a nosotras. Te dejan hacer, pero no se trabaja en equipo. En algunos errores se machaca más a la matronería”.

Gema, matrona: “Esto ha sido porque había gente en el equipo a favor tener mayor autonomía, ha sido una lucha de poder. Se sigue notando una segmentación profesional. Ahora se está propiciando lo del parto en casa, pero se tiene que montar una estructura y educar a la población. La gente demanda que se les haga menos cosas, como rasurado, enema, más por vergüenza que porque sea necesario. Si la matrona es la que firma el parto, lo tendría que llevar al cien por cien”.

Ignacio, celador: “Desde que abrieron hay una relación interprofesional, trabajamos todos juntos. No es que esto es tuyo, todos lo hacemos. Como luego ha ido llegando más gente, tanto «gines» como matronas que no ha vivido esto, van más a lo suyo” (Cuaderno de campo, servicio de paritorio, hospital de Villafranca, 17/11/2007).

Encontramos dos aspectos decisivos para entender las relaciones de poder entre estos dos grupos profesionales. Uno de ellos es el hecho de que en el hospital de Villafranca el servicio de paritorio haya empezado a funcionar en el año 2004, de forma que tanto obstetras como matronas han trabajado conjuntamente para establecer los protocolos y las pautas asistenciales. Así, se trata de un servicio donde no había relaciones previas ya establecidas, como sí sucede en cambio en Noceda, y en la medida en que se ha definido conjuntamente que el parto “normal” es un proceso de competencia de las matronas, se ha reconocido su autonomía en la atención. No obstante, como también señalan las matronas, incluso existiendo este punto de partida común, ellas han tenido que demostrar sus conocimientos y valía para ser respetadas en sus decisiones, algo que no sucede con las obstetras, que son valoradas a priori en base a su titulación.

Esta distinción entre las matronas que saben y no saben la explicitan perfectamente las obstetras: *“Tienes que estar pendiente, finalmente tú eres la responsable del paritorio y cada mañana cuando llegas miras quién está y dices: hoy puedo estar tranquila, hoy no”* (Eva, obstetra, 40–45 años, madre, Villafranca).

Por otra parte, encontramos una serie de factores que favorecen que se creen relaciones más cercanas entre obstetras y matronas, lo cual influye en este reconocimiento profesional, como el compartir los tiempos de descanso durante el trabajo (café, comidas, meriendas y cenas) y compartir algunas circunstancias vitales, como el hecho de ser mujeres, ser jóvenes, tener hijos o hijas, o ciertos gustos como el fútbol o viajar. En esos precisos momentos las jerarquías pueden llegar incluso a desaparecer, desprendiéndose en cierta manera de su identidad profesional y se habla de esos temas comunes. Sin embargo, existen también trabajadoras que no participan de estos espacios y diálogos informales, lo cual dificulta disponer de otro tipo de relación más allá de la estrictamente profesional. Por tanto, el hecho de ser la mayoría mujeres no significa siempre que se tejan relaciones de horizontalidad ni de solidaridad entre ellas, pues muchas veces se prioriza la identificación según el perfil profesional más que según el género.

La larga serie de contradicciones comentadas que existen entre las profesionales a la hora de establecer unas relaciones horizontales también se descubren en la relación que mantienen con las mujeres.

5.4.3. Relaciones entre profesionales y mujeres: variaciones en el control biomédico

El personal sanitario, tanto matronas como obstetras, desde su situación de expertas y de poder, que no tienen las mujeres, se encuentran en una relación asimétrica frente a las mujeres. En la práctica, ésta se refuerza en la medida en que los protocolos y el uso de pruebas técnicas colocan a las mujeres en un rol receptor y pasivo, donde no intervienen más que en la escucha y la aceptación de las pautas sanitarias.

Dentro de las condiciones que determinan la interacción profesional/usuario se observan variaciones que tienen que ver con el perfil profesional, las visiones sobre las mujeres y el epp y otras que dependen de las propias mujeres.

Las diferencias debidas al perfil profesional explican que las obstetras sigan un modelo de atención más intervencionista, tal y como describe David Greenwood:

“El médico recibe a ese paciente como objeto técnico (...) clasifica la enfermedad, diagnóstica lo que sucede, crea un pronóstico e intenta un tratamiento que sea seguido por el enfermo. El médico no explica al paciente los porqués. Su estatus es

superior al del enfermo, pues este último es el que ha acudido al médico y a su tecnología médica” (1984:60).

Esto se observa en las consultas de obstetricia, cuando la interacción se centra en la recogida de información, en la realización de ciertas pruebas o en la interpretación de los resultados analíticos. También aparece en el parto y en el puerperio, cuando la obstetra se dedica a la exploración e interpretación corporal, a valorar los datos de los monitores, analíticas y otras pruebas, mientras otros aspectos como informar y hablar con las mujeres ocupan un tiempo reducido, bajo la consideración de que éstas no saben interpretarla: *“Las mujeres, cuanto menos se les diga mejor, luego se agobian, no entienden y te pueden meter en un lío. Yo me limito a lo imprescindible”* (Patricia, obstetra, 30–35 años, no madre, Noceda).

Los aspectos que configuran la participación de las mujeres en las decisiones sobre sus procesos de salud y enfermedad quedan limitados a los establecidos en los protocolos, bajo el consentimiento informado. Este instrumento –como hemos visto en capítulos precedentes– es en definitiva el medio principal de interacción con las mujeres. A través de su “mediación” se les hace partícipes de decidir diferentes cuestiones, y se les ofrece información sobre los beneficios y riesgos que pueden tener, las intervenciones, por lo que la información es obviada por algunas obstetras, como vemos en el siguiente relato:

“Tú no le informas, tú le das la hoja para que ella decida, para que ella piense, porque si no vuelves a lo de antes, y tú le tienes que decir qué es lo que es mejor, y entonces ella no decide (...) ¡Que no, que no! ¡Que si yo le tengo que informar no hay consentimiento!” (Rosario, obstetra, 50–55 años, madre, Noceda).

Este tipo de relación refuerza el poder de la biomedicina, que mantiene la autoridad y el control sanitario frente a la mujer, lo que explica que aparezcan interacciones que oscilan entre el paternalismo (*“nosotros nos encargamos de tu proceso”, “no te preocupes que yo te aviso de cuando vas a parir”*), la infantilización (*“no me hagas eso”, “si me sustituyes el hierro, yo me enfado”, “venga, empújame”*) y la pasivización de las mujeres (*“yo te he informado, ahora haz tu lo que quieras”, “tú sabrás si prefieres la epidural”*).

En oposición a estas actuaciones, emergen otros estilos de relación. Analizaremos los observados entre las matronas. Las variaciones principales se dan entre aquellas matronas que buscan la participación de las mujeres pero aceptan el modelo biomédico, y aquellas otras que, permiten y promueven que las mujeres cuestionen este modelo y, esto les lleva a adaptar los protocolos y las pautas sanitarias a las vivencias y necesidades concretas de las mujeres. Algunas de estas diferencias quedan ilustradas en la siguiente tabla:

Tabla 15. Diferencias entre matronas en las informaciones que transmiten.

	Matrona centrada en las mujeres	Matrona centrada en el control sanitario
Sobre su actitud ante la atención sanitaria	“Es muy importante tener confianza en una misma y en el equipo que te atiende. A ver, ¿cómo os fue en los anteriores partos a vosotras?”	“Lo que os pido es que respireis, controléis el dolor con la relajación, que estéis tranquilas y os olvidéis de lo demás, por vosotras y por el niño. Pero esto funciona en la medida en que se practica”
Sobre las prácticas sanitarias	“Os harán esto (...) Se hace a todas porque la experiencia nos ha dicho que va bien. Aunque hay algunos aspectos que están cambiando, pero yo os cuento lo que os vais a encontrar”	“No vayáis condicionadas por toda la información que hay ahora, que de mucho a poco se va mal, hay que adaptarse a todo, según como lleguéis al hospital así os harán. Confiar en que los profesionales saben”
Sobre la maternidad	“Estad tranquilas, es una experiencia que cada una tiene que vivir. Al principio es fácil desde el punto de vista instintivo, porque te salen las cosas y las haces. Tened confianza y seguridad. No va a haber nadie de fuera que lo haga mejor que vosotras. Son cosas fáciles las que necesitan los bebés como el sueño, el hambre, el frío... que no son cosas graves. El instinto y el conocimiento favorece que hagas las cosas, dejáros llevar por lo que os diga el cuerpo”	“Es un momento con muchos problemas, y es importante anteponernos a ellos. Eso nos puede ayudar a vivenciarlos de otra manera. Ahora habéis dejado de ser hijas para ser madres y ya no hay vuelta atrás. Si tenéis dudas, venid aquí y hablamos. Fuera os pueden decir muchas cosas y hay que tener cuidado, que os pueden calentar la cabeza y no ayudaros. Cuidar a un bebé es una responsabilidad muy grande”

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la observación.

En estos testimonios se descubre cómo a veces en la relación sanitaria, al mismo tiempo que se potencia la participación de las mujeres en su proceso, se promueve que se adapten a la atención, se las invita a consultar a las expertas profesionales, pero desde el reconocimiento de sus saberes. Las diferencias que hemos visto también se dan en el resto de los grupos profesionales –enfermeras y obstetras–, quienes entienden que la relación con las mujeres debe orientarse hacia lograr su adherencia al itinerario asistencial establecido, o se explica a las mujeres las razones del mismo, permitiéndoles tomar sus decisiones, incluida la negación a su seguimiento.

Pero las diferencias entre las profesionales en la relación con las mujeres, además de deberse a estos planteamientos del personal sanitario, se relacionan también con la clase social de las mujeres, vislumbrados a través de elementos externos, entre los que

destacan la forma de vestirse, la postura, la manera de dirigirse a la profesional, el lenguaje que emplean y otros aspectos comunicativos, y que activan las imágenes y los estereotipos de las profesionales. Los cuales orientan sus acciones haciendo más o menos partícipes de la atención a las mujeres.

Estos hechos son especialmente visibles cuando se trata de mujeres de origen extranjero o de clase baja, donde los estereotipos funcionan con mayor firmeza, estableciéndose una serie de presunciones sobre cómo son, las necesidades que tienen, el estilo de vida que llevan y el tipo de cuidados que tienen. Como apunta Arantxa Meñaca al referirse al personal en la atención sanitaria a población inmigrante, *“los procesos culturales de discriminación son en general complejos y sutiles, y la gran mayoría de las veces no nos damos cuenta de ellos”* (2007:87).

En nuestro caso, se percibe que las mujeres que muestran una apariencia de mayor nivel socioeducativo y las que “más se cuidan” (en el sentido de seguir el itinerario con las visitas y las pruebas, y un estilo de salud definido como sano); son las que tienen más posibilidades de ser escuchadas y de ser tenidas en cuenta en la atención, por lo que podríamos decir que las actuaciones sanitarias son claramente “de clase” (Stoller, 1974:138; Martin, 1987:155). Por el contrario, aquellas cuyos comentarios son interpretados en el sentido de que no cuidan su salud (como por ejemplo, beben, fuman, no siguen una alimentación sana, no toman los suplementos de hierro, yodo u otros) o “cuestionan” el seguimiento establecido (por ejemplo, van a urgencias, faltan a alguna consulta, no se realizan alguna prueba u otros) incitan a que las profesionales a reforzar el ejercicio de poder como sanitarios. Esto es manifiesto en los casos de las mujeres que fuman y sus fetos no están creciendo adecuadamente, lo que suscita críticas feroces, tanto por parte de las enfermeras como de las obstetras: *“Es que habría que quitarle la custodia, ¿tú te crees? ¡El bebé sin crecer y ella fumando!”* (Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Noceda, 12/01/2006).

El poder y la autoridad se aplican con contundencia para que las mujeres se centren en el cuidado de sus fetos, de sus criaturas, aunque todavía no hayan nacido; para que cumplan y acepten los consejos médicos, aunque no los entiendan o no los compartan; y para que dejen hacer a sus profesionales, que son quienes les van a asesorar mejor. Además, a las mujeres se les ha ido transmitiendo la idea de “dejarse hacer” por parte de las matronas en los cursos grupales de preparación del embarazo, donde las consignas de escucha y obediencia calan profundamente, y no están socializadas en el ámbito sanitario –ni a veces en otros– para opinar y pedir información.

Además las mujeres se encuentran en el embarazo muchas veces en una situación de “vulnerabilidad o fragilidad” específica, por el proceso concreto que están viviendo, por el deseo de que no haya ningún problema en la criatura, por los sentimientos y las emociones que tienen acerca de la maternidad y del nacimiento, y de los padecimientos corporales como el dolor y el cansancio (Montes, 2007:300–302). Todo ello, favorece, muchas veces que las mujeres adopten un rol más pasivo y sean más maleables ante sus profesionales, y explica por otra parte que sea más difícil revertir esta actitud y decidir lo que ellas quieran, hasta en cuestiones muy sencillas, como por ejemplo la postura que prefieran durante la dilatación:

Matrona: “Bien, ya tienes el monitor, ahora mientras que no tengas la epidural, ¿qué prefieres estar en la cama, sentada en el sofá o irte moviendo por la habitación?”

Mujer: “¿Qué es lo mejor?”

Matrona: “Da igual mientras que el registro sea bueno, dime lo que prefieras”

Mujer: “No, no, si a mí si que me da igual, lo que vosotros prefiráis” (Cuaderno de campo, servicio de paritorio, hospital de Villafranca, 15/11/2007).

Aunque en los diferentes documentos (programas del área y otros documentos de las asociaciones de matronas y mujeres), se describe la importancia de hacer partícipes a las mujeres, estas posibilidades sólo son reales en la medida en que se van abriendo otros procesos de formación y cambio, en todos los ámbitos. Algunas matronas lo expresaban así:

“Lo que habría que hacer es un cambio de mentalidad, desde los cimientos. Aquí ves que las mujeres no han trabajado la relación con su cuerpo, el enfoque que les ha sido transmitido ha sido médico. ¿Y cómo vamos a conseguir que estas mujeres piensen y decidan realmente lo que quieren? ¿Qué cursos podemos hacer los profesionales para promover que las mujeres sean autónomas en sus vidas?” (Jimena, matrona, 33 años, no madre, Villafranca).

“A mí me preocupa que no sabemos hablar con determinadas mujeres, no sabemos qué decirles, si lo entenderán, sobre estos aspectos no se nos ha enseñado” (Matilde, matrona, 35–40 años, madre, Villafranca).

Lo interesante aquí es que estas matronas, como otras, se plantean cómo hacer que las mujeres tengan más protagonismo. Hay una parte que depende de sus profesionales, de que sepan dirigirse a ellas y poner a su disposición sus conocimientos y sus experiencias, para ver la mejor forma de que esa mujer se cuide y cuide su embarazo, afronte su parto y se recupere. Sin embargo, esta realidad es todavía bastante marginal en nuestra atención.

Un hecho que sí parece generar acercamientos entre profesionales y mujeres es la experiencia propia de aquellas de haber vivido un embarazo y recordar las

discrepancias entre sus vivencias y la atención sanitaria recibida, lo que favorece que se den aproximaciones en temas como la angustia que produce la detección de algún problema en el feto, el cansancio y dolor durante todo el proceso, las dificultades en el postparto para moverse, y para la lactancia o la necesidad de controles y pruebas, entre los asuntos más destacados. En el día a día se repiten discursos que recomiendan que las profesionales sanitarias involucradas en la atención al epp debieran tener esta experiencia:

“Se nota mucho, si todos los médicos hubieran pasado un embarazo y un parto... Se pensarían mucho lo que dicen. Las médicas, cuando pasan por ello, por lo menos ya ciertas cosas no las dicen” (Matilde, matrona, 35–40 años, madre, Villafranca).

“Desde mi parto me pongo más en lado de la mujer, en algunos partos desde que entró me emociono. Esto es algo muy bonito, a mí cada día me gusta más” (Eva, obstetra, 40–45 años, madre, Villafranca).

La experiencia de haber sido madre es citada por la mayoría de las profesionales y de las mujeres, puesto que se entiende que da más saber y legitimidad para hablar y orientar sobre este proceso, pero sobre todo porque ayuda a colocarse en el lugar de las otras y empatizar con ellas. Así, en Villafranca, que como ya hemos comentado es Hospital Amigo de los Niños, encontramos a profesionales (tanto obstetras como matronas y enfermeras) que critican que se imponga la lactancia materna y que sus compañeras no entiendan las dificultades para la misma de las mujeres en base a sus propias experiencias:

“No es lo mismo cuando has estado en el otro lado, que ves las cosas de otra manera, algunas médicas deberían haber sido también pacientes. Yo por ejemplo, si volviera, no le daría el pecho. Fue una cesárea y lo pasé muy mal. Y cuando las ves te acuerdas de tu historia. No es que les des un trato diferente por haber sido madre, pero si tienes cierta complicidad porque entiendes lo que es estar en el otro lado. Estuve dos meses y fue muy complicado, me sentía muy mal, muy inútil, hacía todo lo posible, pasa un mes y otro, tu hijo no coge peso, no se engancha, es muy duro. Aquí hay compañeras que presionan mucho y no se dan cuenta de lo duro que es” (Toñi, auxiliar, cuaderno de campo, servicio de puerperio, hospital de Villafranca, 16/01/2008).

Sin embargo, para que estas visiones sirvan para transformar las relaciones entre las profesionales y las mujeres, se requieren otros elementos como por ejemplo el reconocimiento de la capacidad de la mujer para saber qué es lo que más le conviene, o el replanteamiento general del rol profesional cuya función no se situaría tanto en instruir como en ayudar a traducir, explicar y acompañar. En todo ello como vemos, influye también el haber sido madre pero también el ser mujer, como veremos en el siguiente apartado.

5.4.4. Ser mujeres y ser profesionales: influencia en la atención

El género interviene en este proceso en varios sentidos. En primer lugar, porque la reproducción ha sido el ámbito socioculturalmente asignado a las mujeres, de forma que los aspectos relativos al epp, la crianza y el cuidado han sido valorados como “asuntos propios de mujeres”. Y en segundo lugar, porque el epp se produce en un cuerpo de mujer, donde se comparten tanto los significados atribuidos al mismo como por ejemplo su relación con la feminidad, así como otras vivencias como las relacionadas con el ciclo menstrual. Finalmente, algunas de las profesionales tienen en común con las mujeres que atienden el haber estado embarazadas, el haber parido, el haber amamantado algunas y el ser madres.

Muchas veces las profesionales separan totalmente su rol profesional de su experiencia como mujer, se niegan a reconocer estas vinculaciones con las mujeres y aluden a la profesionalidad para argumentarlo. Es decir, intentan tomar distancia: *“No hay diferencias, da igual ser atendida por mujeres o por hombres, aquí somos todos muy profesionales. Sólo algunos hombres y sus parejas prefieren mujeres, por aquello de que esto es cosas de mujeres”* (Beatriz, matrona, 33 años, no madre, Villafranca). Esta separación también es señalada por algunas mujeres:

“A mí me han atendido tanto mujeres como hombres, me da lo mismo, no noto diferencias. Ahora hay muchos matrones, chicos, majísimos, encantadores, a mí me da realmente igual, el profesional es el profesional, sea lo que sea, me da igual que venga un cerrajero que una cerrajera. Pero yo sé que hay mujeres que prefieren ginecólogas, sí, lo sé, porque se sienten más a gusto, más cómodas. No sé, también depende de lo machistas que sean, porque también hay mujeres machistas. A mí me da igual, cuando la mastitis me atendió un señor, seguro que habría alguna mujer que diría ¿no hay alguna mujer? Pero yo pienso que el profesional de esas cosas íntimas estará ya escamado. ¡Qué más da!” (Natalia, 37 años, dos hijas y un hijo, tres embarazos, trabaja sólo en casa, Villafranca).

Sin embargo, aunque en los discursos aparezcan afirmaciones que niegan las diferencias, en otros momentos son reconocidas, por el hecho de compartir un cuerpo similar, como elemento que hace que vayan a ser más cuidadas y consideradas: *“Yo te digo que quien tiene vagina y genitales femeninos te va a dar los puntos de otra manera. Luego está la encarnadura de cada persona”* (Marta, matrona, 35 años, no madre, Noceda).

Los estudios que se han realizado sobre esta cuestión sugieren diferencias en la atención entre sanitarios hombres y mujeres, lo que tampoco explica que tenga que haber obligatoriamente un estilo femenino y otro masculino de atender. Ana Delgado y Luis López (2004:112–117) apuntan que las mujeres médicas tienden más a preguntar

y a dar información, expresan más empatía hacia sus pacientes, y las involucran más en las decisiones frente a los hombres médicos que, además de no hacer lo anterior, se centran más en aspectos clínicos y biológicos. De forma que las pacientes hablan más con las médicas que con los médicos.

En nuestras consultas, las mujeres ante las médicas, que han sido la mayoría, también han preguntado más y algunas médicas han explicado más, les han pedido información sobre su situación laboral, familiar y han hecho ciertos comentarios empáticos; e igualmente esto se ha dado en la atención prestada de tres de los cinco médicos de nuestra muestra. Sin embargo, también se encuentra a médicas que no se comportan de esta manera. Por lo tanto, cabe argumentar que además de la socialización de género, hay otros aspectos que influyen, en el caso de los estos tres médicos sin ir más lejos, que pueden vincularse más a sus ideas sobre la simetría de la relación profesional que con el hecho de ser varones.

En su etnografía sobre los centros de planificación familiar, Bodoque señala que las razones de estas diferencias son variadas:

“En cuanto a las profesionales: consideran que tienen más sensibilidad porque pasan por los mismos procesos fisiológicos, por eso entienden a las usuarias; ponen más dedicación y profesionalidad; inspiran más confianza; y consideran que las mujeres tratan mejor a las mujeres. En cuanto a ellas mismas (las mujeres), cuando saben que es una mujer, van más tranquilas, más relajadas, les da menos apuro y les disminuye el sentimiento de vergüenza” (1996:315).

Este tipo de aspectos no han surgido en nuestra investigación pero sí nos ayudan a ver en qué contenidos se basan estas preferencias de ser atendida por mujeres o por hombres. Lo que apunta más a un tipo de atención que las mujeres demandan al margen del género: *“Mientras les des respeto, amabilidad, les escuches, le da igual quien sea”* (Amaya, matrona, 60 años, madre, Noceda). Y nos aporta información para pensar en los motivos acerca del porqué determinadas formas de atención están más presentes en las mujeres profesionales y no en los hombres, donde habría que dar entrada a distintos elementos: la socialización profesional similar, de género, además de otros como la edad y la clase social.

De modo que la falta de reconocimiento de la influencia del género –junto a otras variables– en las formas de vivir, pensar, sentir y actuar, no solo invisibiliza los procesos de socialización diferenciales, sino que las mujeres y los hombres en el ámbito laboral han vivido una relación diferente, donde se ha cuestionado el lugar de las mujeres en el mismo y han tenido que demostrar su valía y competencia como ha sucedido en la medicina. Esto no permite ver que la ginecología ha sido –como toda la

medicina– una disciplina de hombres y sexista, como detalladamente apuntábamos en el marco teórico (2.1.2.2.). Aunque sea ya un estudio clásico, podemos prestar atención a las ideas apuntadas por De Miguel (1979:101), en su análisis de los manuales de ginecología, que señalaban que las mujeres no podían dedicarse al trabajo y que no tendrían habilidades para ello frente a los hombres. Los ginecólogos de esa época, los que escribieron esos manuales, han sido en muchos casos profesores de las profesionales que han participado en nuestro estudio; y se sigue observando cómo determinadas áreas, como la cirugía ginecológica y pruebas muy técnicas como la ecografía, suelen ser llevadas más por hombres que por mujeres.

Las mujeres que han querido ser médicas, especialmente en tiempos del franquismo, reconocen las dificultades para ser reconocidas por sus compañeros. Una obstetra decía al respecto que *“sí, ha habido sexismo en la medicina. Cuando yo estudiaba, los deseos de leer, estudiar, tener una vida propia de las mujeres eran interpretados como signos de hermafroditismo. Hemos tenido que demostrar mucho”* (Julieta, obstetra, 40–45 años, madre, Villafranca)¹³³. Sin embargo, otras compañeras más jóvenes indican que esto ya no se produce: *“Yo me he sentido apoyada tanto por compañeros como por compañeras. Si uno estudia, trabaja y es bueno no tiene problemas”* (Patricia, obstetra, 30–35 años, no madre, Noceda). Las diferentes oportunidades y dificultades se explican en relación con el esfuerzo y con las capacidades individuales, sin mencionarse las barreras que como mujeres tienen las médicas en una profesión con estas ideologías sexistas como la ginecología. Se obvian asimismo los aprendizajes que han tenido que hacer estas mujeres de ciertos valores “masculinos” en una profesión dominada por hombres y por sus visiones (Osborne, 2005:173–175)¹³⁴. Esto nos conduce a pensar que algunas razones por las que los actores sociales excluyen su influencia es porque han sido experiencias de opresión y de discriminación que no quieren ser recordadas (Pichardo, 2008:168).

Por el contrario, la enfermería ha sido una profesión mayoritariamente de mujeres, y los hombres, desde la formación universitaria en enfermería, son socializados en tareas y en cualidades asignadas tradicionalmente a las mujeres, como el cuidado o la escucha, que no representan los valores masculinos hegemónicos. La defensa de la

¹³³ La ginecóloga Enriqueta Barranco (2008), en una ponencia en el X Seminario de la Red de Profesionales Sanitarias de la Salud, explicó su historia en esta profesión, donde su buen expediente académico y su competencia han sido los elementos que le han servido para no ser excluida por sus superiores masculinos, porque las ideas existentes en su entorno y en la facultad eran contrarias. Así, el catedrático que tuvo en el tribunal para acceder a obtener el título de ginecóloga, le dijo: *“¡Una mujer nunca se fiará de otra para sus partos y sus necesidades ginecológicas!”*.

¹³⁴ Algunas informantes, mayores de 50 años, tanto mujeres como hombres, obstetras y matronas, explicaban que antes no atendían así, antes (este antes para algunos tiene que ver con los años 80, con su formación como estudiante, con su situación de inestabilidad laboral...) eran más autoritarios, les hablaban, preguntaban e informaban menos. A partir de determinadas experiencias personales, y también laborales, han ido cambiando su forma de actuar.

valía de las enfermeras se relaciona más con su posición subalterna frente a la medicina, en la que han tenido que demostrar sus conocimientos y habilidades para atender el epp. Los enfermeros y los matrones tienen que demostrar menos, pues representan la autoridad y en muchos casos son confundidos con “médicos”, y son investidos de mayor conocimiento. Así, actividades que realizan las mujeres ganan en prestigio y en reconocimiento social por el hecho de ser practicadas por varones. Esto puede explicar que algunas matronas y obstetras describan que es mejor ser atendidas por los hombres:

Matrona: *“Que te atienda un matrón es hasta original. El marido tiene más confianza y ella también...”*

Investigadora: *“Pero ¿por qué?”*

Matrona: *“No sé, no lo he pensado, pero es así”* (Cuaderno de campo, servicio de paritorio, hospital de Villafranca, 4/10/2007).

Es decir, que las formas de relación que se dan en la interacción sanitaria no sólo se vinculan con los conocimientos adquiridos en la formación universitaria y la profesionalidad mostrada o demostrada, sino que son influidas también por otros elementos y por las propias experiencias y visiones que se tengan sobre los demás. En concreto el género es un factor que permite a algunas mujeres pensar que quien le va a atender comparte ciertas condiciones con ella, cierta empatía de género. Por parte de las matronas, esto funciona cuando reconocen y tienen presente su experiencia como mujeres y como madres. Mientras que para otras esto no reviste importancia.

Sin embargo, bajo estos discursos, tanto los que reconozcan las diferencias como las que las diluyan, se invisibilizan qué aspectos se esperan en la asistencia obstétrica y la relación de éstos con diferentes factores sociales, entre los que se encuentra el género.

6. PROPUESTAS PARA UN MAYOR CONTROL DEL EPP POR PARTE DE LAS MUJERES: EL ENFOQUE FISIOLÓGICO

En el capítulo 2 correspondiente al marco teórico, presentamos los principales grupos que han ido ayudando a conformar lo que hemos denominado enfoque fisiológico en la atención al epp (2.3.2.3): matronas, comadronas y obstetras que se basan en modelos asistenciales diferentes a los hegemónicos, así como también asociaciones en torno al nacimiento y asociaciones feministas. Dichos actores sociales defienden sus posturas y las entienden como propuestas viables para ser integradas en la práctica cotidiana de la atención obstétrica.

Pero los planteamientos de estos grupos son diferentes entre sí, por lo que comenzamos este capítulo con una explicación de cómo, partiendo aparentemente del mismo lugar –el del “enfoque fisiológico”– se alude a diferentes formas de entender la fisiología, en relación con conceptos emparentados pero con diferencias entre sí, como lo “normal”, lo “natural” o lo “humano”. Para entender estos significados y matices diversos, empleamos el concepto de Good de “redes semánticas” (2003:310), que nos sirve para describir las interrelaciones y la multiplicidad de significados que aparecen en los discursos (6.1.).

A continuación, nos detenemos a analizar algunos dilemas y contradicciones que se perciben en relación a este enfoque, que señalaremos como cuestiones pendientes (6.2.), porque, aunque se proponga como alternativa en la atención actual, sin embargo no conlleva una sustitución o anulación absoluta del enfoque de riesgo y medicalizador; más aún, algunos argumentos suponen una clara continuidad con las premisas hegemónicas biomédicas ya que se sigue hablando “desde la biología”, el uso de medicaciones y de tecnologías sanitarias se cuestionan sólo en parte, y otros aspectos como la lógica productivista permanecen inalterados, al igual que una visión jerárquica de las relaciones entre las profesionales.

Como cierre del capítulo se presenta un análisis de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo, como un ejemplo de normativa elaborada bajo esta visión y ante la cual se esbozan algunos cuestionamientos que han sido recogidos durante la investigación (6.3.).

6.1. DIFERENTES SIGNIFICADOS Y PLANTEAMIENTOS EN TORNO AL ENFOQUE FISIOLÓGICO

Como ya hemos apuntado, el surgimiento del enfoque fisiológico se sitúa en la red asistencial dónde prima una mirada desde el riesgo, desde la que se subraya continuamente la posibilidad de la enfermedad y la muerte tanto para la mujer embarazada como para el feto. Desde dicha visión patologizadora, se refuerza la debilidad y vulnerabilidad de las mujeres, y se instaura y legitima una atención del epp basada en el control hospitalario, “munida” de protocolos a cumplir, de numerosos procedimientos, de la aplicación de las tecnologías más avanzadas y de otros aspectos que hemos ido mencionando a lo largo de nuestra investigación.

Sin embargo, como ya reseñáramos en el marco teórico, en la última década se han ido produciendo diferentes hechos por parte de algunos actores sociales, que han supuesto un claro cuestionamiento de la medicalización del epp, críticas que han favorecido el surgimiento de esta posición alternativa. Poco a poco van apareciendo y normalizándose discursos en torno al embarazo, el parto y la atención que subrayan los conceptos de “fisiológico”, “natural”, “normal” y “humano”, que se solapan y se usan a la vez aunque cada uno de ellos presenta matices y significados distintos y que pueden implicar perspectivas también distintas, puesto que suponen una elaboración diferente de lo fisiológico y de la atención al embarazo.

En la actualidad, podríamos decir que este enfoque ha llegado a ocupar en nuestro país un lugar bastante central en los planteamientos alrededor del epp. Esto es debido, entre otras cosas, a que algunos documentos con carácter normativo, como los procedentes de la OMS y la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo, lo han difundido, aunque esto no podía suceder, claro está, sin resistencias.

Los primeros discursos recogidos en esta investigación a este respecto datan del encuentro anual de la Red de Profesionales Sanitarias del Estado español (CAPS), celebrado en Madrid, el 19 de diciembre de 2003¹³⁵. En el mismo se organizó un grupo de trabajo titulado “*Rutinas hospitalarias de maternidad*”, cuyo fin era revisar la atención hospitalaria al nacimiento. Para introducir el tema se invitó a María Fuentes, médica y comadrona de la Asociación Nacer En Casa, quien subrayó la necesidad de utilizar un enfoque fisiológico y humanizador de la atención, en clara oposición a la presente medicalización del epp. Tomando como punto de partida este encuentro, nuestro estudio se propuso rastrear quiénes se situaban dentro de esta posición, si había

¹³⁵ Anteriormente en los años 2000 y 2003, se habían realizado el I y II Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa, organizado por la Asociación Nacer en Casa, donde también aparecía esta mirada fisiológica.

diferencias entre ellas, qué contenidos asumían las distintas posturas y cómo podía todo ello hacerse visible, también, a lo largo de nuestro trabajo de campo.

El resultado de esta elaboración y análisis se concreta en tres perspectivas que presentamos en este capítulo, articuladas cada una de ellas desde una visión diferente de lo fisiológico: como la “naturaleza de las mujeres”, como la “normalidad del epp” en los cuerpos de las mujeres y, por último, como la “humanización del nacimiento”.

Antes de comenzar, agreguemos que la mayoría de los discursos observados están centrados sobre todo en la etapa del parto, por ser ésta la que ha sido objeto de mayor intervencionismo médico. Sin embargo, la mayoría de las consideraciones son ampliables al embarazo y puerperio, como reseñaremos también en los apartados siguientes.

6.1.1. La “naturaleza humana”

El término “fisiología” se refiere a los hechos o acciones que forman parte del “normal funcionamiento del organismo¹³⁶”; lo cual significa varias cuestiones:

- Se entiende que las acciones del proceso reproductivo –gestar, parir y amamantar– son funciones propias del cuerpo de las mujeres. Así, se afirma que sus organismos, que sus cuerpos están “diseñados” para ello.
- Se considera que estas acciones son funciones fisiológicas, como la respiración o la digestión, con las que habitualmente se comparan.
- Se describe el embarazo y el parto desde los mecanismos fisiológicos, hormonales, neuroendocrinos y mecánicos (musculares) que se suceden para que el nacimiento tenga lugar. Como estos mecanismos –se dice– se producen de un modo espontáneo, involuntario y automático, es decir, sin que las mujeres sean conscientes de que se dan y, por tanto, al margen de su voluntad, se fundamenta que el epp es un proceso “natural”, pues es parte de lo definido en el organismo. Como ejemplo podemos leer el siguiente fragmento:

“El parto es una función fisiológica más, como la respiración, la digestión o la circulación de la sangre, para cuya ejecución el cuerpo dispone de órganos y aparatos idóneos, así como de mecanismos, hormonas y actividad muscular suficientes para llevar a cabo todas y cada una de ellas. La diferencia consiste en que la función parto no está encaminada, como las otras a la supervivencia del individuo, sino a la de la especie” (Ruiz Veléz–Frías, 2009:88).

¹³⁶ Utilizamos el término “organismo” porque aparece en las definiciones de fisiología (DRAE, vigésima primera edición) y en los usos que hacen los actores sociales.

Algunas de las aportaciones de esta perspectiva serían:

- Propiciar lecturas positivas del embarazo y del parto que no se detengan en la disfunción, anomalía y patología, sino que enfatizan en mayor medida la normalidad de estos procesos. A partir de ahí, promueven un debate en torno al enfoque del riesgo y enfermedad que provocan la sospecha y negatividad sobre los cuerpos, y que dan “vía libre” al intervencionismo y a la medicalización en el epp.
- Situar al cuerpo de las mujeres en un lugar activo, frente a la posición de objeto y de pasividad al que lo confina la biomedicina. Por tanto, exigen un rol no intervencionista de la obstetricia.
- Recuperar los discursos sobre los saberes de las mujeres, que quedan descritos como los saberes del propio cuerpo, que sabe y dirige el desarrollo de estos procesos. Las acciones hacia las mujeres se orientan a que “miren y escuchen” sus cuerpos, a que busquen sus propios recursos para gestionar sus procesos de salud como el epp, propuesta que, por otra parte, enlaza con uno de los objetivos principalmente promovidos en los años 70 por el movimiento feminista en los llamados Centros de Planificación Familiar (Bodoque, 1996:171–174).

El dilema más importante a este respecto es que estos saberes son concebidos como “instintivos”, como inscritos en la biología, aunque las mujeres no sean conscientes de ellos.

- Desmedicalizar la atención al epp, pues son procesos autónomos en los que no es preciso la intervención sanitaria, por lo menos en la mayoría de los casos.

En estas explicaciones vemos que se interpreta la biología de una determinada manera, como el ámbito que vertebra la comprensión del epp, como si todo lo que sucede en el mismo viniera dado, y se olvida que todo proceso resulta de elaboraciones y aprendizajes culturales, y, de este modo, está situado dentro de un contexto social, cultural e histórico, y que por tanto ni las explicaciones ni las experiencias son siempre universales.

El embarazo y el parto quedan también descritos como funciones que comparten las mujeres con las hembras mamíferas, recordatorios de nuestras similitudes con el mundo animal. Se establecen así analogías entre lo que sucede en los partos de los animales y en los de las mujeres, como sugiere Odent en el siguiente texto:

“Ya que es urgente mejorar nuestra comprensión de lo fisiológico, una simple guía nos parece apropiada para redescubrir las necesidades de las mujeres durante el parto. Éstas pueden ser resumidas en una frase: en lo que concierne al parto y al nacimiento, todo lo que es específicamente humano debe ser eliminado, al tiempo

que las necesidades mamíferas deben ser satisfechas. Suprimir lo que es específicamente humano implica primero liberarse de todas las creencias y costumbres que han interferido la fisiología de este proceso durante milenios” (2007:52).

Desde esta idea se nombra el epp como algo natural en tres sentidos: como proceso fisiológico, habitual, espontáneo, normal del cuerpo de las mujeres; como algo previo a lo racional, compartido con los animales; y como vínculo del cuerpo de las mujeres y de su capacidad de engendrar con la “naturaleza”. En esta línea teórica escribe también Fernández del Castillo:

“Pero parto natural no es simplemente un parto «sin»¹³⁷ sino aquel que se produce gracias a la maravilla de la fisiología, y en el que los procedimientos obstétricos se aplican únicamente en caso de necesidad. Es lo opuesto al parto medicalizado, atendido por la obstetricia convencional, en el cual la tecnología sustituye la fisiología de la mujer, desvirtuando la experiencia del nacimiento y generando riesgos innecesarios para la madre y el bebé. En el primer caso la técnica está al servicio de la naturaleza, en el segundo, la naturaleza es doblegada por la técnica” (sin fecha:1).

Algunas de estas posiciones se sitúan en lo que podríamos llamar una filosofía naturalista, que apunta que no existe distancia entre lo humano y lo animal en lo que atañe a la reproducción, compartiéndose una visión ecológica de la vida donde la relación con la naturaleza, con el ecosistema y con lo que nos rodea tiene una gran importancia¹³⁸. Se producen así una gran cantidad de metáforas sobre estas relaciones, y la exaltación de la fisiología de las mujeres se vincula con ciertas corrientes, como el ecofeminismo de Vandana Shiva y el feminismo cultural de Mary Daly (Osborne, 1993:68–78).

De este modo, el parto fisiológico o parto natural se presenta como lo contrario al parto medicalizado, a la vez que implica revitalizar la centralidad de la biología en la vida humana y, específicamente, con respecto al nacimiento. La realidad de la atención al parto con un alto número de cesáreas, partos instrumentales, inducciones y otros datos que delatan un alto intervencionismo, es el argumento que fundamenta para estas corrientes la necesidad de “volver a la fisiología”.

Este enfoque ha ido difundiéndose y aceptándose, no sin resistencias y objeciones por parte de la población y del sistema sanitario. En este proceso a su vez se han dado otros

¹³⁷ Se refiere a sin epidural, sin enema, sin episiotomía y otros procedimientos cuestionados; visión que aparece en las entrevistas a mujeres alejadas de circuitos feministas, ecologistas y de estos movimientos de salud, con la salvedad de que para unas el principal elemento definitorio es la epidural y para otras que sean vaginales.

¹³⁸ Lebrero (sin fecha:3) habla de “la ecología del parto”, en el sentido de valorar todos los elementos que forman parte del entorno donde se dan los partos e influyen en el mismo. Otros casos aparecen en cursos como el de “Maternidad y Ecología” de la Universidad de Zaragoza, dirigido por M^ª Jesús Blázquez, catedrática de biología.

elementos que han sido cruciales para que se produjeran cambios en los partos, como el conjunto de declaraciones y estudios internacionales y nacionales, que avalan la crítica al riesgo y al intervencionismo biomédico (mostrados en el 2.3.2.3.).

6.1.2. El “embarazo y parto normal”

El personal de obstetricia comparte la idea de que el embarazo es un proceso fisiológico y, por tanto, de normalidad en la vida de la mujer: *“Ah, y recuerda que el embarazo es un proceso normal, así que no estás enferma, y puedes trabajar, llevar una vida normal, salvo los cuidados que ya sabes que tienes que llevar”*¹³⁹ (Pedro, obstetra, 50 años, padre, Noceda).

Este concepto de lo “normal” es el más utilizado en el ámbito médico, frente a los de “fisiológico” y “natural”. De hecho, en los documentos de organismos oficiales, como la Declaración de Fortaleza de la OMS, la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la Declaración de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) se habla de “parto normal”.

Pero este concepto de normalidad se puede utilizar en varios sentidos, en muchas ocasiones no explicitados:

- Lo relativo a la fisiología: el embarazo y el parto son funciones fisiológicas y por tanto procesos normales en el cuerpo de las mujeres. Desde ahí no existe anormalidad ni disfunción sino, precisamente, todo lo contrario, mecanismos que se compensan durante el epp.
- Lo que más sucede: el embarazo y el parto de la mayoría de las mujeres son normales y lo más frecuente es que este funcionamiento fisiológico funcione y no se produzcan alteraciones.
- El no intervencionismo: el embarazo y el parto en la mayoría de las mujeres del mundo y a lo largo de la historia tiene como característica no haber estado tecnologizado, ni medicalizado, ni atendido por obstetras.

La primera y la tercera variantes de lo “normal” aquí apuntadas están estrechamente relacionadas con los contenidos del anterior apartado, donde lo “normal” se asocia a lo “natural” como algo propio del cuerpo de las mujeres y algo espontáneo. En cambio la segunda variante hace referencia a que es lo más común y a lo que más se repite.

¹³⁹ Al preguntarle, el obstetra después señalaba: *“Actualmente las mujeres perciben el embarazo como si estuvieran enfermas, piden bajas, se encuentran mal desde el principio, cuando en realidad el embarazo es un proceso para el que está preparado el cuerpo de la mujer”*.

Se detecta aquí una contradicción, un dilema no resuelto, que consiste en determinar cuándo se establece que un parto es normal o no, y cómo se entiende este proceso como normal cuando aparecen desviaciones y riesgos.

Algunos grupos como la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), usan el concepto de “normal”, pero sobre todo destacan que si existe normalidad entonces hay también anormalidad, lo que exige la intervención obstétrica:

“El Parto Normal es el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica. Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido. Realizando, por tanto, el menor número posible de procedimientos activos, pero sin olvidar que como cualquier trabajo de parto, obliga a una vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal” (Documento de Consenso sobre el Parto Normal, SEGO, 2007:1).

Observamos que ciertos usos de lo fisiológico y de lo normal se alejan claramente de los argumentos de los apartados anteriores, los que promovían el control de las mujeres. Además, como la mayoría de los embarazos son considerados de riesgo, y como los factores de riesgo son cada vez más, el número de partos susceptible de ser considerados normales es muy bajo. Por ello, este mismo documento distingue que puede haber dos tipos de parto, el parto normal y el parto intervenido:

“Parto no intervenido (parto sin medicalizar no intervenido) es el trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial (matrona y auxiliar de enfermería)” (Documento de Consenso sobre el Parto Normal, SEGO, 2007:2).

De modo que pensar que se trata de un proceso fisiológico no impide que se piense que siempre es necesaria la vigilancia respecto al epp, que debe ser continuada, lo que puede dar lugar a que se dé la medicalización del proceso.

6.1.3. La “humanización del nacimiento”

La mayoría de los actores hablan de “parto humanizado”, de “humanizar el parto” y de “humanización del nacimiento”, y tras estos usos se quiere vincular el proceso del parto, su atención y el nacimiento, precisamente, con “lo humano”. También porque estos conceptos son los que han sido utilizados en diferentes documentos oficiales

como la Declaración de la OMS (1985) y en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo. Lo que daría razones para entender su uso tanto por las obstetras, las matronas, como por las asociaciones profesionales y a favor del parto y de la lactancia.

Sin embargo, a pesar de este aparente mayor consenso que en las anteriores perspectivas comentadas en los apartados anteriores, se observa que cada actor social se sitúa y alude a diferentes cuestiones cuando habla de lo humano. Estos diferentes usos que hemos identificado, por razones explicativas, los podríamos agrupar en cuatro: lo “humano” en relación con la inclusión de las mujeres; lo “humano” como un enfoque integral del epp; lo “humano” con el trato recibido; y lo “humano” porque se trata de un acontecimiento humano.

Una de las visiones más integradoras constituye la propuesta de Olza (sin fecha:1), médica, fundadora del grupo Apoyocesáreas y de la Asociación El Parto Es Nuestro, quien explica al respecto que humanizar no sólo implica denunciar que existe un excesivo intervencionismo biomédico, sino también denunciar la deshumanización de la asistencia por la falta de respeto a la intimidad de la mujer, la aplicación de técnicas inadecuadas, el trato inhumano y cruel que se presta a las “madres” y a los niños, la amenaza velada para que se acepten los protocolos y pautas sanitarias, la separación “madre-bebé” en el momento del nacimiento, el no respeto de la unidad familiar, la no consideración de que el parto es un momento central en la vida de las mujeres, y el no relacionarlo con la sexualidad.

Lo humano como inclusión de las mujeres

Davis-Floyd, desde su trabajo etnográfico en diferentes países, estando además vinculada a grupos de Argentina a favor de una atención humanística del parto, describe que este enfoque constituye una perspectiva feminista ya que reconoce los saberes de las mujeres sobre sus cuerpos, está centrada en sus necesidades y promueve que sean ellas quienes tomen las decisiones quedando la función de la partera y la obstetra a un mero apoyo (2001:10).

Así, organismos de la salud como la OMS y en diferentes declaraciones se explica que humanizar supone la participación de las mujeres en sus epp, que “vuelvan” a tener el protagonismo y el control sobre lo que les pasa frente a las profesionales¹⁴⁰. Esta

¹⁴⁰ Parece que se puede volver a un pasado idílico que no sólo no existió sino que además en el que se presupone que las mujeres tenían control sobre su salud y unas relaciones horizontales con sus profesionales.

participación se ha ido concretando principalmente en el derecho a recibir información, a estar acompañada y a decidir.

Lo humano como un enfoque integral del epp

Desde asociaciones y profesionales vinculados con el parto se ha insistido en integrar otras visiones del epp, y sobre todo del nacimiento, acontecimiento que da sentido a todo el proceso, motivo por el cual se habla fundamentalmente del mismo.

El nacimiento se señala no sólo como un hecho biológico sino como:

- Un acontecimiento psicoemocional: un proceso en el que las mujeres expresan muchas emociones por lo que representa el nacimiento y la maternidad. Lo que conlleva que en la atención sanitaria haya que cuidar y valorar sus necesidades emocionales y psicológicas (FAME, 2008:65).
- Un acontecimiento sexual: un acto de la esfera sexual, pues las hormonas que intervienen son las mismas que las que se producen en los orgasmos (Rodríguez y Cachafeiro, 1999:1-2; Fernández del Castillo, 2006:167-168). Estas visiones aluden a relatos de mujeres que expresan el parto como placentero, gozoso y sexual (por ejemplo en páginas web como la de la Asociación El Parto Es Nuestro).
- Un acontecimiento privado: autores como Odent (2007:43-52) y Fernández del Castillo (1996:33-37) señalan que las mujeres, como las hembras mamíferas en sus partos, necesitan intimidad y tranquilidad. Lo cual también está en relación con el carácter íntimo y privado que tiene el parto en otras sociedades. De esta forma, se reclama que, aunque los partos se den en instituciones públicas, se propicien estos aspectos, entre otros *“que los profesionales sanitarios que participan favorezcan un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres”* (OSM-MS, 2008:23).
- Un acontecimiento familiar: pues tiene lugar el nacimiento de una hija o hijo, de un nuevo miembro. Por este motivo, desde finales de los ochenta se comenzó a dar la opción a las mujeres para que estuvieran acompañadas en su parto¹⁴¹. Y, hoy en día, el acompañamiento y la participación de las parejas se ha convertido en una de las principales propuestas compartidas por todos los actores sociales, aunque se imponen una serie de requisitos, que serán revisados en el siguiente capítulo.

¹⁴¹ Lo que destacan algunos ginecólogos, para dejar constancia de su interés en la humanización de la atención, es por ejemplo lo siguiente: *“Fuimos los primeros en permitir a los maridos que pasaran a la dilatación. Algunas embarazadas parían en cuclillas, interveníamos lo menos posible. Y entonces llegó la «epidural, recuerda Jesús Grande, jefe de sección de Asistencia Intranatal y Urgencias del Hospital Doce de Octubre»* (El País, 10/09/2007).

- Y por último, un acontecimiento social y cultural: donde se alude a las diferentes creencias y tradiciones que tienen los grupos humanos, como por ejemplo que se entierren las placentas tras el alumbramiento, que las mujeres prefieran ser atendidas por mujeres, u otros aspectos relacionados con lo mágico y lo religioso.

Lo humano como trato

La mayoría del personal coincide en señalar la deshumanización de la atención biomédica, aunque las causas y consecuencias que describan sean diferentes. Se empieza a hablar de “violencia sanitaria” (Olza [sin fecha]:5), que es sufrida tanto por profesionales como por la población usuaria; otros términos utilizados son el de “violencia institucional” (Montes, 2007:278).

Para algunas matronas y obstetras, este maltrato tiene que ver con la organización sanitaria que no les permite atender a las mujeres cómo ellas consideran, mientras que para otras está asociado con que carecen de una relación de reconocimiento, cercanía y confianza con sus pacientes.

Algunos grupos y asociaciones subrayan la posibilidad de que las mujeres ejerzan sus derechos en la red asistencial, derechos que han sido reconocidos en diferentes declaraciones (como hemos reseñado en el capítulo 2):

“Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada” (OMS, 1985:436).

Estos derechos se concretan en: recibir información, elaborar un plan de parto, decidir cómo parir y decidir sobre los cuidados de sus criaturas.

En cambio para algunas mujeres, profesionales y asociaciones, la causa de la deshumanización es la medicalización del parto, es decir, el maltrato que conlleva el intervencionismo obstétrico en un proceso fisiológico.

Desde ahí, hablar de humanización de la atención sanitaria tiene sentidos muy dispares que van desde incluir a las mujeres, integrar otros aspectos en la definición y asistencia hasta dar más calidez y trato a las pacientes. Por tanto, es un término que está siendo empleado por la mayoría de los actores sociales, aunque curiosamente no lo han utilizado las mujeres usuarias de nuestro estudio.

Lo que está claro es que en un contexto sanitario como el nuestro, donde cada vez se da más importancia a la calidad de los servicios –al menos teóricamente–, al trato y a la satisfacción de la población usuaria, resulta coherente referirse a este enfoque fisiológico, se le dote de los contenidos que se le dote, lo que ofrece la posibilidad de ver el epp como un proceso “normal”, “natural” y se dirige a humanizar la atención. Sin embargo, hallamos determinados dilemas y contradicciones, que resulta conveniente revisar, lo que haremos en el apartado que sigue.

6.2. ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE EL ENFOQUE FISIOLÓGICO Y EL DE RIESGO: ALGUNAS CUESTIONES PENDIENTES

Como hemos subrayado el enfoque de riesgo y el fisiológico en la realidad no están tan nítidamente separados sino que suponen un *continuum*. Además algunos usos de los conceptos de fisiología y normalidad no suponen un cambio sino que se adaptan a la praxis sanitaria, un hecho que se pone de manifiesto principalmente de tres maneras:

En primer lugar, en la clasificación de los embarazos normales según unos criterios de riesgo, los cuales no han sido cuestionados más que en la medida de incorporar un riesgo medio o bajo.

En segundo lugar, porque la atención que se debe prestar, queda condicionada a un proceso de información y decisión entre la mujer y su profesional, siempre y cuando no haya riesgos, por lo que se siguen estableciendo controles, pruebas y tratamientos.

Y en tercer lugar, porque el sitio para atender el epp, a pesar de ser un proceso fisiológico, sigue llevándose a cabo en la atención especializada constituida por los centros de especialidades y hospitales, donde se ubican las obstetras, formadas y entrenadas en la patología. De modo que sigue habiendo una mirada sobre el epp apoyada en las presunciones de científicidad de la biomedicina (Martínez, 1996:374) –comentadas en el apartado 2.2.1. –.

Esto por ejemplo se advierte cuando todas las críticas tanto al enfoque de riesgo como al fisiológico se sustentan en estudios científicos biomédicos, bajo la visión de la neutralidad y objetividad de la ciencia (que abordamos en el apartado 2.2.1.3.). Por ello, las actuaciones y los cambios se aprueban o desaprueban en función de la disponibilidad de dichos estudios: “*Muéstrame un solo ensayo clínico bien hecho al respecto y le daré la razón*” (El País Semanal, 2004:5). Lo contrario, es decir, las afirmaciones basadas en estudios de tipo cualitativo o en la experiencia o en cualquier otro tipo de

conocimiento, son calificadas como opiniones o creencias. Esto refuerza un único marco del conocimiento y una sola forma de conocer el mundo, la ciencia occidental.

No obstante existen discrepancias entre ambos enfoques que por ejemplo han sido recogidas en diferentes medios de comunicación, ya que algunas mujeres que forman parte del movimiento a favor del parto fisiológico sacaron a la luz pública este debate. Una de las primeras fue Fernández del Castillo que, en un artículo del periódico *El Mundo* titulado “¿Por qué parir en España es traumático?” (2/05/2004) denunciaba las diferencias respecto a otros países, la falta de seguimiento de las recomendaciones de la OMS y la necesidad de incluir otros aspectos psicosociales en la práctica sanitaria. En ese mismo año, la Asociación El Parto Es Nuestro, animó y apoyó a la directora de cine, Iciar Bollain, para que elaborara el vídeo de la serie “No hay motivo” titulado “No hay parto sin dolor”. En este vídeo se caricaturiza el modo en que se lleva a cabo el parto en el hospital, evidenciando la poca atención que se presta a las mujeres, a través del caso de un hombre que pare, lo que pretendía plantear qué ocurriría si fueran los hombres los que parieran¹⁴².

Otro motivo de debate se abrió a raíz de la publicación en el suplemento *El País Semanal*, (13/08/2006) de un artículo de opinión de la periodista Rosa Montero titulado “El desastre de parir”, donde se decía entre otras cosas: “En España (...) continúa imperando una visión del parto patológica, intervencionista y jerárquica. A la parturienta se le considera una enferma (y no lo es); y además una enferma privada de derecho”. Este artículo suscitó una enorme respuesta, ya que se recibieron unas 200 cartas en el periódico, de las cuales se publicaron sólo 16 en siguientes ediciones dominicales; las cartas era tanto de mujeres que manifestaban el descontento respecto de la atención recibida, como también de obstetras y matronas que defendían el modelo biomédico vigente.

Con la proliferación de este tipo de noticias, han surgido iniciativas para “reescribir la historia”, por parte por ejemplo de profesionales que han declarado que ellos habían sido de los primeros en incorporar lo fisiológico en la asistencia obstétrica. En el periódico *El País* encontramos por ejemplo la siguiente noticia:

“El Doce de Octubre fue el primer hospital de la Sanidad pública que empezó a finales de la década de los 80 a intentar «humanizar» el parto y evitar intervenciones médicas innecesarias. La voluntad de los ginecólogos del centro bastó para hacerlo,

¹⁴² Esta pregunta retórica aparece también en los discursos de algunas matronas y mujeres que perciben que parte del problema acerca de la medicalización del epp, la exclusión de las visiones de las mujeres y otros aspectos de los servicios sanitarios, son debidos a que son problemas “de mujeres”, y si afectarían a los hombres se les prestaría mayor atención. Una idea, por otra parte, clásica en el feminismo que fue recogida ya en las primeras campañas sobre el derecho al aborto de los años setenta/ochenta del siglo XX, con consignas como la de “Si los hombres parieran el aborto sería ley”.

sin necesidad de una Estrategia nacional como la que pretende poner en marcha el Ministerio de Sanidad y Consumo” (10/09/2007).

Quedan así patentes las tensiones que ha producido este cambio, promovido por agentes sociales entre los que no estaban en primera línea las obstetras, que se han ido incorporando posteriormente, si bien siempre en menor proporción. Aunque con la aprobación de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo (30/10/2007) que supuso un respaldo sanitario a esta perspectiva, ha aumentado el número y la diversidad de profesionales que lo apoyan.

Otras tensiones que existen en este campo son las vinculadas con el hecho de que, a pesar de que frente al modelo biomédico hegemónico, el enfoque fisiológico promueve que las mujeres tengan mayor control sobre el epp y una visión más amplia de la salud, en algunos argumentos subyacen aspectos que condicionan las posibilidades de las mujeres de tener dicho control por la manera de concebir a las mismas mujeres, sus cuerpos, y todo lo relativo al embarazo y el nacimiento. Estas cuestiones son las que presentamos aquí como aquellos aspectos que quedan aún pendientes de revisión y análisis a la hora de cambiar la asistencia, entre las que destacamos las siguientes: el énfasis en lo biológico; las mujeres y “lo natural”; la uniformización de las mujeres y la necesidad de control médico.

6.2.1. Énfasis en lo biológico

Tal y como defiende Martin (1987:117), la biologización es una constante en la vida de las mujeres, aunque se hace más evidente en ciertos procesos por ejemplo en sus embarazos. Como ya hemos apuntado, describir el epp desde lo fisiológico da entrada a que la biología sea el principal ámbito explicativo de los procesos corporales. De esta forma, el epp queda reducido a lo que sucede en los órganos reproductores y el cuerpo de las mujeres es fragmentado, adquiriendo toda la centralidad el útero y donde no se ven interrelaciones con otros factores. Así las profesionales intentan explicar todos los padecimientos que tienen las mujeres, como los dolores, los calambres, el insomnio y otros, desde la biología. Por ejemplo, tanto en las visitas del embarazo como en los cursos grupales del embarazo a las mujeres les relatan los mecanismos biológicos que se producen en cada uno de estos síntomas. De modo que se explica que los dolores se deben al crecimiento del útero y el desplazamiento de las estructuras adyacentes, las alteraciones del sueño por los cambios hormonales, y así sucesivamente.

Claro que estas explicaciones pueden variar según el personal, y cuando se intentan contrastar con diferentes manuales médicos no es posible hallar algunas de las

respuestas escuchadas a las profesionales. Asimismo, ante algunas preguntas sobre las que no tienen respuestas –bien por desconocimiento de la profesional o del saber biomédico–, se utiliza el argumento de la variabilidad individual de cada epp, y se reconoce que cada mujer vive este proceso de una manera y que un embarazo es diferente a otro en la misma mujer.

Sin embargo –como quedó reflejado en el capítulo anterior–, las condiciones socioculturales y emocionales de las mujeres no se relacionan con lo que les sucede, y las respuestas sanitarias se construyen al margen de las informaciones y experiencias previas de cada mujer. Es decir, no se contempla que, por ejemplo, los dolores pueden estar también relacionados con los trabajos concretos de las mujeres o el insomnio con el estrés, con situaciones de sus vidas o nuevamente con sus trabajos; ni que estas respuestas corporales (insomnio, cansancio, dolores y otras) tienen también una parte de aprendizaje sociocultural.

Lo contradictorio de este énfasis es que, aunque se hable de una atención integral y holística, en la práctica lo biológico tiene una centralidad absoluta, y no se toman en cuenta otros elementos para atender y entender a las mujeres.

6.2.2. Las mujeres y “lo natural”

Como hemos visto, parte de los actores sociales implicados en esta forma de percibir la atención al nacimiento, defienden que es la “naturaleza” de las mujeres la que va a guiar su epp, aceptando de alguna manera la existencia de una dimensión biológica, incluso instintiva, que funcionaría al margen de su voluntad y consciencia, absolutamente disponible en su organismo. Y cuando llegue el momento, las profesionales sólo tienen que ayudar a las mujeres a encontrar esa “naturaleza” que ellas mismas poseen:

“Desde 1955 empecé a practicar una preparación que consiste en enseñar a las embarazadas en qué consiste el embarazo y el parto, comparándolo con otras funciones fisiológicas, para intentar que la mujer lo admita como lo que, verdaderamente es, así como instruir las sobre la parte activa y voluntaria que, tanto en el embarazo como en el parto, deben asumir. La verdadera preparación psicoprofiláctica consiste en enseñar a la embarazada qué es el parto, su verdadera naturaleza de función fisiológica y los medios de que la mujer dispone para ayudar a la Naturaleza a cumplir esa función, con la idéntica sencillez indolora con las que se realizan las otras funciones, partiendo de la base de que la embarazada sea una mujer sana, en edad fértil y normalmente constituida” (2009:89).

La naturalización de los procesos femeninos conduce por tanto a una visión esencialista, determinista, sin incluir para nada otros factores posibles o, incluso, sin

pensar en las “rupturas” que pueden producirse en función de los entornos sociohistóricos en que se desarrolla la vida de las mujeres o las condiciones socio-históricas en las que la medicina elabora sus discursos y conforma sus prácticas. Se excluyen así también las diferencias entre las mujeres en el deseo del embarazo, en sus formas de sentir y afrontar el dolor, en la capacidad de resistir al mismo, de cuidar su vida y la vida de su criatura, de percibir y vivir el amamantamiento... Estas interpretaciones están ordenadas, además, dentro de unas concretas relaciones sociales de género, donde las mujeres son vistas principalmente como madres y cuidadoras.

Este vínculo mujer-naturaleza refuerza además las dicotomías hombre/mujer y cultura/naturaleza, ya ampliamente cuestionadas en disciplinas como la antropología. Así se ve a las mujeres como creadoras de vida, nutricias, y desde esa especificidad, que los varones no tienen, se construyen las diferencias entre los sexos, que o bien exaltan estas supuestas cualidades femeninas o bien se utilizan para su inferiorización, lo que al final se traduce en desigualdad respecto a los hombres.

6.2.3. Uniformización de las mujeres

Como consecuencia tanto del determinismo biológico como de la naturalización, se considera que todas las mujeres son iguales, tienen una biología común y su biología se comporta igual en todas ellas.

Así por ejemplo las diferencias entre las mujeres en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo, se citan sólo cuando se habla del origen extranjero de algunas que provienen de culturas diferentes, y también en el caso de las que tienen discapacidades. En uno de los grupos de trabajo que elaboró dicha estrategia, donde la mayoría de las participantes eran matronas u obstetras, todas posicionadas en el enfoque fisiológico, al preguntar acerca de las diferencias entre un parto de una chica de 16 años y una de 45, se afirmó de una manera taxativa que en el parto y su manejo no hay diferencias, salvo aquellas que tienen que ver con que la mujer llegue preparada, las expectativas que tenga y su nivel de cuidados –y en estos aspectos parece como si factores como la edad tampoco intervinieran–. Todo esto supone al final un reforzamiento del determinismo biológico, donde los procesos de salud y enfermedad se consideran ajenos a las biografías, contextos y circunstancias. Como subraya Lazarus (1988:39), todas las mujeres tienen el mismo deseo de un buen parto, pero no todas las mujeres parten de las mismas condiciones para tener a sus criaturas de una forma saludable.

Uniformizar también permite establecer pautas comunes que guíen la actuación profesional. Esto se produce por ejemplo respecto al dolor, que se presenta como una experiencia común a todas las mujeres y, aunque se propongan lecturas alternativas al mismo (entendiéndolo como un dolor placentero en relación con el nacimiento), se sigue haciendo uso de teorías psicológicas (“respuesta al estrés o a una amenaza”) y parámetros biológicos (aumento de adrenalina, aumento de la frecuencia cardíaca fetal), sin tener en cuenta para nada las construcciones socioculturales y las experiencias previas que hayan podido tener las embarazadas al respecto. Una vez más, las propuestas para el manejo del dolor son iguales para todas las mujeres: relajación, distracción, respiración y anestesia. Aunque ahora, se están introduciendo poco a poco otros métodos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, como la libertad de movimientos, realizar movimientos rítmicos (como por ejemplo bailar, andar y balancearse en pelotas de gimnasia rítmica) e inmersión en bañera durante el parto para todas las mujeres.

Al no analizar de otra manera el dolor no se comprenden las vivencias concretas de las mujeres. Por ejemplo en el trabajo de campo no hemos encontrado a mujeres que no hayan utilizado la anestesia epidural en sus partos, salvo aquellas que no se la pudieron poner por otras cuestiones. Y en general, hoy día, no se comprende que una mujer no quiera prescindir de la anestesia epidural, y prefiera, por ejemplo, moverse y andar durante el parto, bailar..., o se interpretan estos deseos como si se tratara de una cuestión de ignorancia, de desconocimiento de la información sobre los beneficios de los recursos sanitarios.

De este modo, la invisibilización de las diferencias y la propuesta de protocolos basados en modelos explicativos únicos, que sirven para todas las mujeres y todas las situaciones, conduce a que se prime un único patrón de normalidad al que deben ajustarse todas las vivencias. Y aquellas mujeres cuyos padecimientos y experiencias no se ajustan, quedan fuera, sin otras respuestas, Y en definitiva, se va construyendo una falsa igualdad, que no reconoce la individualidad y especificidad de cada cual.

6.2.4. La necesidad del control médico

Otro escollo que hemos apuntado anteriormente es que las propias mujeres entrevistadas manifiestan la necesidad de un mayor control obstétrico, lo que colisiona con las visiones fisiologicistas.

Para entender esto tenemos que mostrar, en primer lugar, de qué manera las mismas mujeres señalan una visión negativa de sus cuerpos como si fuera ineficaz (Martin, 1987:66), la cual, en parte, se desprende de la vigilancia sanitaria que persigue riesgos:

“Se quejan de que venimos mucho a urgencias, te miran con cara rara ante algunas preguntas, pero claro, yo no sé si lo que me pasa es normal o no. Y, ¿qué quieren? que me quede en casa y luego si es algo, ¿qué pasa? Yo desde luego, lo tengo claro, prefiero venir y que piensen lo que quieran” (Irene, 28 años, segundo embarazo, ningún hijo, trabaja dentro y fuera de casa, Villafranca).

Esta falta de conocimientos para interpretar lo que sucede en el cuerpo también se reconoce en algunos documentos analizados en nuestra investigación, como en la introducción al Programa de la Mujer de este área 12; aunque se relaciona con la falta de hábitos de salud, como mostramos en el anterior capítulo. De modo que se valora que la información será el elemento clave para que las mujeres no demanden tanta asistencia y mejoren sus estilos de vida, lo que a su vez, se piensa que, requerirá menor vigilancia. Sin embargo al fundamentar el menor uso de los servicios en que hayan sido informadas se puede volver a dar entrada a la responsabilización de las mujeres.

Asimismo, reducir los elementos que intervienen en la demanda sanitaria principalmente en la información nos parece simplificar un asunto tan complejo. Además este argumento no tiene validez en la medida en que se observa que en la mayoría de las mujeres opera independientemente de otros factores (como el nivel educativo, la clase social o la edad, entre otros), e incluso de la profesión; de forma que algunas profesionales relatan que el hecho de tener conocimientos y de situarse en un enfoque fisiológico sobre este proceso no supone condición suficiente para no realizarse más pruebas y más controles:

“No te puedes arriesgar. Yo ante la más mínima duda pedía que me hicieran una ecografía, me hice analíticas mensuales porque no quería estar anémica, me ponía el sonicaid para escuchar al bebé cada dos por tres. Te obsesionas, pero no porque seas una loca, sino porque sabes que hay muchas cosas que pueden pasar y estás previniendo” (Beatriz, enfermera, 35-40 años, madre, Villafranca).

Esta dependencia o necesidad de vigilancia es una idea que no tiene, como se desprende de nuestro análisis, los mismos significados para las mujeres gestantes que para el personal sanitario. Ni está claro –como veíamos en el relato de la enfermera Beatriz– que sea algo injustificado; sino que las mujeres la entienden como una práctica de autocuidado y de prevención y no la relacionan con la medicalización que pueda suponer. Algunas mujeres plantean que para ellas una atención adecuada consiste en una visita semanal durante todo el embarazo, lo que sería más bien vigilar o prevenir, tal y como se desprende de la siguiente entrevista:

Natalia: “A lo mejor sólo tres ecografías en el embarazo son lógicas y no hay que hacer más, pero hoy en día, las mujeres tienen mucho miedo, yo haría más ecografías, más información, más visitas, más seguimiento. Da igual con matronas, ginecólogos, con alguien que te dijera va todo bien, dentro de 20 días te veo, no 3 meses, porque en dos meses un niño se puede malograr, te pueden pasar muchas cosas. Puedes tener la tensión alta y no enterarte. Yo insistiría en ir a una matrona a una enfermera especializada en el embarazo, ir una vez por semana, qué tal, cómo estas... pero eso con todo. Aquí tampoco tienes médico porque si se va a una visita no tienes a nadie. Para que la gente no esté indefensa con las cosas de la salud”.

Investigadora: “¿Pero si se atiende más el embarazo no hace que deje de ser algo normal?”

Natalia: “Pero es lo que hace falta ahora, nos hace falta más atención personal, no te digo de hacer más ecografías o amniocentesis a diestro y siniestro, pero sí que alguien te diga, que te tome la tensión, te pese, te diga te duele algo, vas bien de peso... Un poco más de atención, que pasa mucho tiempo entre una cita y otra. En el privado te dan cita cada 4 semanas, no sé si es porque te cobran por visita o porque consideran que te tienen que ver más. Pero esto también lo pagas, mi marido lo paga, paga 235 € al mes a la seguridad social. Yo creo que es porque no hay profesionales y hay muchas embarazadas” (Natalia, 37 años, dos hijas y un hijo, tres embarazos, trabaja sólo en casa, Villafranca).

Vemos en este ejemplo, que no es el único, que existe una demanda continuada por parte de las mujeres del uso continuado de los servicios, y en algunos casos para aumentar esta vigilancia y seguimiento sanitario, no sólo acuden a las consultas públicas sino también a privadas. Esta necesidad de asistencia está mediada por diferentes factores. Uno de ellos sería la endoculturación que se ha ido realizando a lo largo de todo el itinerario asistencial en el seguimiento sanitario. A propósito, habría que recordar cómo en los protocolos se establece que aquellas mujeres que no acuden al mismo se entiende que se encuentran en una situación de riesgo. Otro factor tiene que ver con cómo las obstetras y las matronas les recomiendan al respecto que no se fíen de las informaciones de su entorno personal y que consulten a sus profesionales, pues sus explicaciones se aportan desde la eficacia, el saber y sus pruebas biomédicas. Asimismo habría que incluir que todas estas prácticas sanitarias se ofrecen, según se sugiere, para aumentar la seguridad de la mujer y de su entorno familiar sobre el bienestar de la criatura. Todo ello se traduce, como vemos, entre otras cosas, en que las mujeres constaten que lo que les da confianza y tranquilidad es la atención obstétrica: el saber experto y la realización de pruebas, frente al saber propio. En algunos estudios, por ejemplo en el de Janelle Taylor (1996:21-23) sobre la demanda de determinadas pruebas como la ecografía por parte de las mujeres, se encontró que éstas justificaban su uso porque les daba “confianza” (“bonding” en inglés).

De modo que, al plantear propuestas como las incluidas en el enfoque fisiológico, en torno a que las mujeres dejen de tener una visión que enfatiza del riesgo, confíen en la capacidad de sus cuerpos, y compartan el no intervencionismo durante el epp, resultaría interesante recordar antes cómo ha sido la práctica sanitaria, amén de las informaciones contradictorias sobre este asunto que se han transmitido y se siguen transmitiendo a las mujeres. Hechos que han conducido a la encrucijada actual en la que nos encontramos, encrucijada en la que muchas mujeres perciben que necesitan más control, requieren más pruebas y opiniones de las obstetras.

6.3. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL: LUCES Y SOMBRAS

La Estrategia de Atención al Parto Normal, del Observatorio de Salud de la Mujer, del Ministerio de Sanidad y Consumo, ha tenido mucha aceptación en el ámbito de las profesionales feministas de la salud, así como por muchas profesionales. Hay que recordar asimismo que está elaborada desde una perspectiva de género y que pretende ser una propuesta para la consecución de la igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Todo esto hace que se vea como un logro, en la medida en que propone, como hemos señalado:

- Una visión fisiológica del parto, donde se reconoce como un proceso de las parejas y familias, donde intervienen factores psicosociales, a partir de lo que se habla de la humanización de la atención obstétrica.
- La participación de las mujeres en sus partos, mediante el acceso a la información, a la toma de decisiones y al derecho a estar acompañadas.
- La revisión de ciertos procedimientos sanitarios, como mostramos en el anterior capítulo (5.2.2.).
- La inclusión de los hombres en este proceso.

Además, el hecho de que sea un documento oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁴³ le da legitimidad profesional, legal y social, lo que favorece a su vez que, en algunos contextos locales, grupos de profesionales puedan modificar sus protocolos e intervenciones.

¹⁴³ Además, desde el año 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Observatorio de Salud de la Mujer, ha destinado financiación económica para actuaciones dirigidas a mejorar la atención al parto y el nacimiento.

Nuestra valoración es asimismo muy positiva. Así y todo, en este apartado, nos gustaría presentar una revisión crítica a partir de algunas reflexiones que hemos realizado durante el trabajo de campo así como de informaciones obtenidas en diferentes medios de comunicación social; y que se vinculan, por un lado, con la propia estrategia, y por el otro, con su puesta en marcha.

El primer elemento que quisiéramos subrayar, es que en estos debates son las y los trabajadores de la salud y las asociaciones quienes están hablando en nombre de las mujeres, pues muchas de ellas, como por ejemplo las entrevistadas, no manejan para nada estas informaciones.

Sí hemos encontrado a mujeres que conocían esta estrategia y tenían también otra visión del epp, pero no forman parte de la población usuaria de este área sanitaria. Sin embargo este contacto nos ha aportado información sobre el perfil de las mujeres que tienen un enfoque alternativo. Así, hemos comprobado que se trata por lo general de mujeres de niveles socioeducativos medios y altos, con mujeres en su entorno o experiencias propias anteriores de partos fisiológicos bien en otros países o en otros centros del Estado, como la Clínica Acuario de Valencia. Algunas de ellas han parido también en clínicas privadas, donde se han incluido ya estas demandas, como La Milagrosa o Nacentia, de Madrid, han vuelto a Acuario y otras han parido en sus domicilios. Estas iniciativas, como se ha señalado ya, implican una disponibilidad económica que no está al alcance de todas. Pero lo que está claro es que estas mujeres, al quedarse embarazadas, buscaron información y decidieron cómo querían ser atendidas, y cuando vieron que en la red asistencial pública dichas opciones no estaban contempladas, iniciaron por su cuenta una búsqueda de alternativas¹⁴⁴.

El segundo elemento se dirige a que una parte de la elaboración de la estrategia se ha ido realizando mediante la organización de grupos de trabajo alrededor de diferentes cuestiones. Uno de estos grupos tuvo como tarea la elaboración de “indicadores”, concretos y cuantificables, que permitieran (y permiten, puesto que sigue funcionando) evaluar la estrategia. Indicadores como por ejemplo el número o porcentaje de mujeres que han presentado un plan de parto, el número o porcentaje de mujeres que en sus partos no inducidos han recibido oxitocina, el número o el porcentaje de mujeres que han estado acompañadas durante el parto, el número o porcentaje de mujeres que han iniciado el “contacto piel a piel” en la primera hora tras el nacimiento, el número o porcentaje de mujeres que no han usado métodos analgésicos farmacológicos...

¹⁴⁴ Véase a este respecto también la tesis de Montes (2007) donde plantea las visiones de estas mujeres sobre su salud, su cuerpo y la atención que desean.

Desde nuestro punto de vista la elaboración de unos indicadores cuantitativos por sí misma plantea una serie de problemas, ya que puede ser difícil dimensionar algunos aspectos relativos a sus partos en los mismos. Por ejemplo, las decisiones que toman las mujeres, los dilemas y razones para tomar unas u otras, las negociaciones entre ellas y sus profesionales. Esto puede hacer que se dé prioridad a ciertos datos que puedan ser medibles, mientras que otros que no sean tan cuantificables, como por ejemplo el cansancio, el apoyo u otras situaciones o necesidades que tengan, y que no sean utilizados para valorar ni la calidad de vida y salud de las mujeres ni las características de su atención y su opinión sobre la misma.

Además si en cada indicador se contempla un objetivo sanitario a cumplir, como por ejemplo señala la declaración de la OMS (1985), que indica unos porcentajes sobre algunos procedimientos como cesáreas que deben ser inferior a un 15%. Esto en algunos casos puede ser relevante para que ciertas pautas no se realicen de una forma general, como en la anterior o las inducciones, episiotomías u otros procedimientos cuestionados. Pero en otros casos puede suponer que se promueva la aplicación de ciertas prácticas para todas las mujeres, como por ejemplo con la lactancia materna, el acompañamiento, el vínculo materno-filial o el no uso de la anestesia epidural; lo cual comporta problemas.

De manera que pensamos que la definición de indicadores es positivo pero puede conllevar también que se reproduzcan ciertas dinámicas –expuestas anteriormente– como la ausencia de un enfoque integral, la uniformización o la exclusión de algunas mujeres y sus vivencias y demandas sobre la atención obstétrica.

El tercer elemento y más importante, nos quedan dudas sobre las condiciones, los plazos y los modos de la implantación de dicha estrategia en la red asistencial. Por un lado, no hay siempre recursos humanos suficientes como han señalado en algunos medios de comunicación algunos ginecólogos (*El País*, 6/06/2008) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (*Público*, 10/12/2008). Sobre todo faltan matronas, y una gran parte de las propuestas subrayan precisamente la capacidad de éstas para atender de forma autónoma el epp. Recordar que en España, a diferencia de otros países, su papel quedó absolutamente supeditado a la dirección de la ginecología, como mostramos en el capítulo uno.

Además no está claro cómo resolver algunas tensiones relativas a devolver o dar más control a las matronas en su trabajo, lo cual ha supuesto resistencias, como nos comentaba una obstetra:

“Afortunadamente está habiendo cambios en estos últimos 10 años, aunque son más lentos en sitios como la SEGO. Esto las matronas lo vienen reivindicando desde hace mucho tiempo. Es una lucha diaria. Aquí nos llevamos medio bien. Pero antes no ha sido así. Ha sido una lucha entre nosotros, compañeros que no querían dejar trabajar a las matronas, y así ha habido gente menos intervencionista que se ha ido, no podía trabajar. Las matronas han cambiado el estilo de trabajo y eso nos ha costado, tener paciencia, confiar en las matronas, saber esperar para no hacer una episiotomía, pensar que el parto sale sólo y creértelo” (Eva, obstetra, 40-45 años, madre, Villafranca).

Por otro lado, existe una proporción significativa de matronas y, en mayor medida, del personal de obstetricia, que carece de los conocimientos, teóricos y prácticos, necesarios para los cambios que se proponen. Así, en el último año se han ido desarrollando experiencias formativas en algunas Comunidades Autónomas, bien llevadas a cabo por los propios organismos de salud o bien por asociaciones profesionales, y en la Comunidad de Madrid la agencia responsable de la misma ha organizado varios cursos programados en el primer trimestre de 2009.

Pero, además de los procesos docentes concretos habrá que incluir en su formación universitaria y general aquellos aspectos que se relacionan con las visiones del personal ante un cambio en su forma de trabajo. Al respecto algunas matronas señalan:

“El problema, hoy, es que las matronas más jóvenes, las residentes, aprenden técnicas, a cortar, coser, usar aparatos y piensan que una mujer sin oxitocina no va a parir, y eso es mentira, se puede parir (...) Hoy no saben atender partos de nalgas, ni un parto en cualquier sitio” (Candela, matrona, 45-50 años, madre, Noceda).

Las profesionales reconocen que en la práctica sanitaria han ido aprendiendo a hacer, a intervenir, a realizar pruebas: rutinas adquiridas para situarse ante la incertidumbre, ante la posibilidad de enfermedad, lo que puede conducir a dar continuidad al modelo actual.

En este sentido aparecen dudas y temores por parte de algunas profesionales sobre si estas posiciones pueden conducir a que los avances científicos y tecnológicos que se han alcanzado en la medicina actual pierdan peso específico. En respuesta, a esta contradicción aparente, las asociaciones sugieren que lo importante es ver cómo se pueden integrar todos estos aspectos en los servicios:

“Contrariamente a lo que se piensa, parto natural no es volver al pasado, sino recuperar la capacidad y la confianza en la propia naturaleza y rendirse ante ella. Tampoco es renunciar a la tecnología, sino adjudicarle el lugar que le corresponde: las complicaciones, los casos de riesgo. Y es que las prácticas de rutina en el paritorio no son buenas ni malas, son oportunas o inoportunas. Y cuando se imponen de forma sistemática e indiscriminada a mujeres que no las necesitan son inoportunas. La evidencia científica demuestra que el parto natural no sólo es más

digno para la mujer, es también el más seguro. Por ese motivo, la OMS recomienda una calidad de atención basada en el protagonismo de la mujer y en su fisiología, y el mínimo grado de medicalización posible” (Fernández del Castillo, sin fecha:4).

No obstante habrá que ver cómo se articulan estas ideas con la seguridad que proporcionan los datos de las pruebas, las intervenciones sanitarias, el miedo a las denuncias y la carencia de rutinas de trabajo centradas en la escucha del cuerpo y el no intervencionismo.

El cuarto elemento a revisar, pensamos que, serán necesarios otros cambios en la organización de los servicios, cómo hemos descrito en los anteriores capítulos, existen hoy aspectos que todavía no se han desarrollado, y dificultades derivadas, por ejemplo todo lo relacionado con la coordinación entre los diferentes niveles y profesionales. Así, algunas matronas comentan: *“Los pilares deberían ser mayor coordinación entre primaria y especializada, aquí vemos a la gente muy motivada pero esto no está en los objetivos de la dirección, al final viene a ser algo voluntario”* (Jimena, matrona, 33 años, no madre, Villafranca). Entre estos cambios organizativos, tampoco surgen entre matronas y médicos de familia otras propuestas que incluyan en la atención a los centros de atención primaria en torno a la participación en la atención obstétrica, los centros de salud.

Algunos de los cambios señalados y sugeridos en la Estrategia implicarían también disponer de otros centros e infraestructuras sanitarias (por ejemplo se está hablando de casas de parto como un modelo intermedio entre el hospital y los domicilios), otras condiciones laborales que permitan, por ejemplo, que las matronas estén de forma continuada con las mujeres durante sus partos, aspectos que sí están considerados en otros países. Tendrían que implicar también, dar cabida a otros sistemas¹⁴⁵, saberes, disciplinas y profesionales en el epp, a la vez que redirigir el control del embarazo y parto fuera del modelo biomédico, lo que ha quedado totalmente excluido. Al principio del proceso de elaboración de la Estrategia, se habló de los partos en casa como otra modalidad viable y de otros grupos que podían participar como las doulas, pero dichas propuestas no fueron finalmente incluidas ni han sido difundidas y, por tanto, la asistencia al epp queda situada en el sistema sanitario biomédico. Al respecto, la Asociación El Parto Es Nuestro opina: *“Pensamos que la inmensa mayoría de las mujeres pueden parir perfectamente y que la profesional que debe atender el parto normal es la matrona. No defendemos el parto sin asistencia.”* (Punto 7, *Quiénes somos*, “Asociación El Parto Es Nuestro”).

¹⁴⁵ Otros sistemas de salud diferentes, como los de las medicinas tradicionales, sí son incluidas para el manejo del dolor del parto en el protocolo “Asistencia al parto poco intervencionista” del hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén).

Gran parte de estas críticas coinciden en apuntar que la Estrategia puede quedarse en una mera recomendación, y que si no se llevan a cabo medidas complementarias, no servirá para modificar la situación actual y para que las mujeres tengan más control sobre este proceso. De modo que una parte de los actores sociales involucrados ven la Estrategia más como una acción política para ciertos grupos sociales que como una medida viable para su integración en la práctica de los hospitales¹⁴⁶.

Como última reflexión, tendremos que estar muy atentos a cómo se va dando la incorporación de la Estrategia en los protocolos: qué contenidos son aceptados y cuáles no, por ejemplo. Y también para apreciar si, además, se están aplicando en la práctica asistencial. Al respecto, algunas voces apuntan:

“Ahora queda seguir observando su aplicación con atención y con sentido crítico, seguir de cerca la forma concreta de adaptarlo en cada centro/autonomía, seguir formando a las nuevas profesionales en esa línea y reciclando a las actuales, seguir reivindicando los aspectos aún no contemplados por ejemplo la demanda aún no satisfecha del derecho a parir en su casa, desde la sanidad pública, o el derecho a la baja maternal de al menos 6 meses y algunas cosas más, otros 25 años nos esperan” (Carta de María Fuentes a la Red de Mujeres Profesionales Sanitarias, directora de la Escuela libre de salud holística y materno–infantil “Consuelo Ruiz”, de la Asociación Nacer en Casa, 5/06/2008).

¹⁴⁶ El hospital de Villafranca ha sido uno de los centros públicos donde se están intentando integrar estas propuestas.

7. LAS MUJERES EMBARAZADAS: PARTICIPANDO EN LA ATENCIÓN SANITARIA Y CONSTRUYENDO LA MATERNIDAD

Hasta aquí, hemos ido mostrando cómo está organizada la atención sanitaria al epp y los enfoques y propuestas que actualmente aparecen en la comprensión e implementación de la misma. En este capítulo nos centramos en analizar cómo las mujeres participan, participación que viene determinada, en gran medida, por el ordenamiento conceptual y práctico de su asistencia.

Para ello en la primera parte del capítulo tenemos en cuenta que no todas las mujeres acuden a los servicios sanitarios públicos ni lo hacen de la misma forma, por lo que a pesar de que este programa y su asistencia tiene una larga trayectoria de implantación en nuestro medio, es preciso reflexionar también sobre los aspectos que explican que algunas no acudan. Respecto de las que concurren, analizamos cómo intentan ser protagonistas de su asistencia preguntando y decidiendo, lo que nos revela cómo se da el acceso a la información y las posibilidades que tienen de tomar decisiones personales (7.1). Los procesos de información entre profesionales y usuarias son una de las áreas donde los desencuentros resultan más evidentes, y a su vez se vislumbran contradicciones entre la información que reciben y la que demandan. Con esta información se espera que las mujeres estén preparadas para tomar decisiones, examinando qué decisiones y de qué manera las pueden tomar. También abordamos el papel de las personas que acompañan a las mujeres, papel que influye en las decisiones que ellas toman. Y cerramos el apartado con lo que algunos autores están denominando como violencia o maltrato institucional.

En la segunda parte del capítulo nos detenemos en el trabajo remunerado, se muestra como uno de los factores que más se percibe en los discursos de las mujeres, tanto vinculado a sus padecimientos durante el epp como a la relación que establecen con el sistema sanitario. Las principales tensiones surgen cuando las mujeres demandan la baja para poder cuidar su embarazo, lo cual choca con las visiones profesionales que, desde el enfoque fisiológico, no consideran que el embarazo sea una enfermedad. Además, como no se tienen en cuenta las condiciones y problemáticas en sus empleos, se excluye la relación del trabajo con la salud. Conocer estos aspectos nos aportará

pistas para poder entender, más adelante, cómo se colocan ante el trabajo remunerado después de haberse convertido en madres (7.2.).

Por último, revisamos en este capítulo cómo se refuerza el Ideal de Maternidad en la atención sanitaria, designando desde el embarazo mismo a las mujeres como madres, promoviendo así el vínculo con la futura “criatura” y aportando mensajes que les hablan de la centralidad de éstas y de la centralidad que la maternidad debe ocupar en sus vidas. Revisamos a su vez la forma en que las mujeres reciben estos mensajes y las contradicciones que presentan, que resultan especialmente evidentes tras el nacimiento. Teniendo en cuenta estos discursos sanitarios, algunas mujeres optan por dedicarse exclusivamente a la maternidad, posición en la que es preciso sumar otros complejos factores, pero que refuerza la división sexual del trabajo (7.3.).

Vemos en este sentido que tanto en los discursos de las mujeres que volverán al trabajo como en los discursos de las que se quedarán en casa cuidando de la criatura, no aparecen los hombres. Dedicarse a la reproducción aparece de este modo como una elección decidida por ellas mismas, sin mediación de sus parejas o de la sociedad. Todo ello nos señala, en gran medida, cómo se encuentra la naturalización de la maternidad y la justificación de que los hombres no participen en la crianza o lo hagan poco. Sobre tan complejo asunto, intentamos profundizar en el siguiente capítulo 8.

7.1. EL CONTROL DE LAS MUJERES EN LA ATENCIÓN AL EPP

Como apuntamos en el marco teórico de esta investigación, una de las preocupaciones feministas ha sido que las mujeres tengan “control” sobre la atención sanitaria a su epp. Este concepto ha sido utilizado en muchos textos (Ehrenreich, 1990:238–301; Esteban, 1996:154 y 2001:20–21) dando continuidad a las propuestas feministas de los años 70 del Colectivo de Mujeres de Boston, acerca del “control sobre nuestros cuerpos”.

El concepto de control está emparentado hoy en día con el de “empoderamiento”¹⁴⁷, definido como el proceso que conduce a la autonomía de las mujeres, en el sentido de que toman conciencia sobre sus vidas, sobre las acciones que posibilitan el cambio y evitar la discriminación y la desigualdad. Sin embargo, para que las mujeres tengan poder para decidir sobre sus vidas, según sus propios criterios, es necesario propiciar

¹⁴⁷ Este concepto fue traducido del inglés “empowerment” por las feministas latinoamericanas y comienza a utilizarse en los programas de cooperación al desarrollo, tomando en cuenta cómo las posiciones de partida desiguales en las que se encontraban las mujeres, junto con las relaciones de poder, influían en las posibilidades de mejorar sus vidas (Dawn, 1985).

oportunidades y condiciones, tanto externas como internas¹⁴⁸ (Lagarde, 2000:30–44). En la red asistencial, estas posibilidades de decidir se sitúan en unas coordenadas sociohistóricas donde las mujeres han ido perdiendo protagonismo sobre la gestión de sus epp, convirtiéndose en receptoras de la atención, debido fundamentalmente al paso de atender éste del hogar al hospital (OSM–MSC, 2008:22–33).

Nuestro objetivo a este respecto consiste, por un lado, en analizar cómo las mujeres participan en su atención, y por otro lado, se les da acceso a algunos recursos para cubrir sus necesidades y propiciar así su empoderamiento y su autonomía. En este análisis se reflejan las tensiones que surgen, que muestran las discrepancias y las relaciones de poder entre profesionales y usuarias, y que desequilibran su participación.

7.1.1. No están todas las mujeres que son

Las mujeres que han formado parte de este estudio son aquellas cuyo epp ha sido atendido por el sistema sanitario público madrileño, aunque en algún momento del itinerario hayan echo uso de centros privados o de otros recursos. En principio, este sistema presta atención a todas las mujeres, por lo que no haría falta que acudiesen a otros centros. Sin embargo, en la realidad nos encontramos que muchas encuentran limitaciones para el acceso y el uso de dicha atención, lo que explica que no siempre estén todas la que son.

Este hecho puede ser corroborado en los datos de cobertura del epp, registrada en los programas en los que se denomina captación. De los datos disponibles, encontramos que el número de mujeres que acuden a las visitas de las obstetras durante el embarazo representan el 70,4% del total de nacimientos que se producen. Desconocemos si el 22% restante corresponde íntegramente a mujeres que acuden a centros privados, o si pertenecen a ese grupo de mujeres que no “controlan” su embarazo. En cuanto a la captación precoz en la atención al embarazo, descrita en el capítulo 5, señalábamos que está contemplado que las mujeres deben iniciar el control antes de la semana 12. Pues bien, hay un 16% de las mujeres que lo inician pasada dicha semana, lo que significa

¹⁴⁸ Naila Kabeer (1998:16) apunta que el empoderamiento se refiere al fenómeno en que el sujeto se convierte en agente activo, un aumento de la capacidad de las personas para tomar decisiones. Lo que implica decir que las mujeres deben disponer del acceso a recursos personales (“poder desde adentro”), educativos, económicos, sociales y simbólicos, por citar algunos de ellos, que aumenten sus capacidades. Pero deben tener también condiciones favorables en sus contextos que les permitan tomar decisiones y desarrollar estas capacidades (control externo), de forma que se pongan de manifiesto las relaciones de poder en que se encuentran, que condicionan sus deseos, y que impiden que el empoderamiento no sea factible en todos los ámbitos de sus vidas.

que sus embarazos son valorados como de riesgo; ignorando igualmente las razones para dicho inicio tardío del seguimiento del embarazo.

Se considera que el programa tiene una buena cobertura cuando las mujeres realizan un mínimo de cinco visitas de un total de siete, en cuyo caso el número de mujeres desciende a un 70%. Cabría preguntarse sobre las razones por las cuáles las mujeres deciden saltarse algunas visitas, o sobre las dificultades que encuentran para acudir a las mismas.

De los cursos de preparación grupales del embarazo, las matronas, tanto las de Villafranca como las de Noceda, reseñan que sólo acuden entre un 40% y 50% de las mujeres que paren; es decir, sólo encontramos a la mitad. Un dato que también nos debe hacer revisar quiénes no acuden y por qué motivos. Las matronas consideran que las mujeres creen que estos cursos se dirigen a aprender las respiraciones y otras técnicas para controlar el dolor, y al disponer de anestesia epidural perciben que ya no tienen que aprender nada, razón por la que no acuden.

Con respecto al parto, encontramos que de las mujeres que han ido a las consultas obstétricas, sólo el 90% acude a parir al hospital. Del resto de las mujeres no existen datos que den cuenta de si paren en otros centros públicos, en centros privados o en sus domicilios.

En lo que concierne a la visita puerperal, un 47% de las mujeres no acuden a la misma, y en el trabajo de campo hemos observado que en esta etapa del itinerario no se hace uso de los centros privados; es más, algunas mujeres que han parido en centros privados, cuando han tenido problemas acuden a la matrona del centro público.

En las entrevistas las mujeres nombran factores que les impiden acudir a las consultas de obstetricia, a las pruebas establecidas como analíticas y ecografías, a las visitas de las matronas y a sus cursos, entre los cuales se pueden citar principalmente: los horarios, el sistema de citas y la prohibición de no poder ir acompañadas de menores, junto a otros hechos abordados también a lo largo del capítulo 5, como la relación que se establece con las profesionales.

La cuestión de los horarios es especialmente relevante para aquellas mujeres que tienen trabajos remunerados y que necesitan articular sus horarios laborales con los sanitarios, por lo que muchas veces priorizan su empleo “saltándose” algunas visitas, o incluso el seguimiento completo por parte de las matronas¹⁴⁹. Ante estas dificultades, aquellas

¹⁴⁹ En un estudio realizado en Barcelona sobre las desigualdades en la atención sanitaria al epp, se comenta que las mujeres con trabajos manuales acudían menos a los controles frente a las mujeres con trabajos no manuales, que tienen más estudios y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios (Cano, 2006). En otro estudio de Cataluña (Borrell, 2004),

mujeres con más recursos económicos suelen decidir hacerse el control obstétrico en algún centro privado, como es el caso de un 20% de las mujeres que hemos encontrado en los cursos grupales de preparación del embarazo. Además, algunas de ellas manifiestan que han decidido no acudir a los centros públicos por malas experiencias previas: *“Lo recuerdo muy mal, nadie me explicó y luego el bebé estaba muerto. No quiero volver a ver a esa gente y prefiero ir a un sitio donde me van a mirar más”* (Ágata, cuaderno de campo, curso grupal del embarazo, centro de salud, Villafranca, 04/06/2007).

De la observación extraemos algunas otras conclusiones como la ausencia de mujeres con discapacidades, lesbianas, mayores de 40 años, sin pareja, adolescentes, gitanas y algunos grupos de mujeres inmigrantes que sí están representadas en los nacimientos de esta zona, como las procedentes de China y Nigeria¹⁵⁰. Asimismo algunas mujeres extranjeras, bien porque no tienen tarjeta, por desconocimiento o por otras razones, aparecen en los servicios de urgencias para parir. Estos casos son escasos, pero nos muestran las dificultades de esta población para acceder a los servicios y las trabas burocráticas presentes para recibir asistencia a pesar del reconocimiento en la legislación vigente¹⁵¹.

Según las profesionales consultadas, las mujeres que más acuden a las urgencias son las extranjeras. Sin embargo, en los escasos estudios publicados se indica todo lo contrario¹⁵², de forma que sus cuidados y demandas son cubiertas por otros recursos de su complejo asistencial y no por el sistema sanitario biomédico. Lo significativo no es el punto de vista de las profesionales, que señalan el uso y abuso inadecuado de los servicios, sino preguntarse por las razones que llevan a las mujeres a utilizar dichos servicios de urgencia. No obstante, todos estos aspectos no se indagan ni se crean las condiciones para que las mujeres puedan expresarlos.

se aprecia que la clase social establece diferencias, ya que aquellas mujeres gestantes con ocupaciones manuales realizan, en mayor proporción, menos de seis visitas, y la primera visita después del primer trimestre; además, tienen menor probabilidad de realizar alguna prueba invasiva, tomar ácido fólico, planificar el embarazo, no fumar y abandonar el consumo de tabaco. Y las gestantes de clases no manuales cumplen, en mayor proporción, más de doce visitas y más de tres ecografías. Estos datos de mayor uso de los servicios de las clases medias muestran que una parte de éstas no tienen dificultades para acceder al sistema, y es el personal quien decide en base a su menor clase social, la mayor necesidad de control sanitario, lo que incrementa aún más sus ausencias en estas visitas.

¹⁵⁰ Para dar una idea de lo observado y sin pretender que estos datos sean representativos, en nuestro estudio hemos encontrado que en las consultas de obstetricia, sólo un 5% son adolescentes, un 3% gitanas, sólo hemos visto a 10 mujeres de origen nigeriano y 8 asiático.

¹⁵¹ Algunas mujeres manifestaron dificultades para obtener la tarjeta y desconocen el circuito sanitario, si tienen que pagar la atención del parto, las consultas de matronas, a las matronas, sólo una parte o todo.

¹⁵² Sánchez Fernández (2003:441-447) pone de manifiesto que las diferencias en la cobertura sanitaria entre mujeres inmigrantes y autóctonas son mínimas: el 92,1% frente 96,8% en el control gestacional (la mitad de este 3,2% de mujeres autóctonas que no acudieron eran de etnia gitana).

Estas ideas corroboran en gran medida nuestra afirmación de que en la atención no encontramos a todas las mujeres que son, puesto que algunas no acuden y su número es menor según el momento del itinerario. Explorar y conocer los perfiles de las mujeres que no acuden a las distintas actividades, debe ir acompañado de la tarea de indagar sobre los motivos explicativos de ello, que nos aportará datos sobre las carencias para la universalidad del sistema sanitario público en la cobertura al epp. Estos motivos pueden derivar de la propia organización de la atención, que impone unas exigencias para acudir y excluye o no permite que mujeres con determinadas situaciones o demandas sean atendidas, o por visiones de las propias mujeres. Los datos deben ser diferenciados y contrastados con otras variables como la edad, el nivel de estudios, el país de procedencia, la disponibilidad de pareja, la situación laboral remunerada o no, el número de hijos e hijas previos, por citar algunas de las principales.

7.1.2. La información que quieren frente a la que reciben

Como veíamos, el acceso a la información es uno de los elementos claves para su empoderamiento, y para el buen control sobre su epp. En la Ley 41/2002 sobre los derechos de los pacientes aparece el derecho a la información¹⁵³ como un elemento básico para el consentimiento, la autonomía y la libertad del paciente. Se indica en ella que se proporcionará información verbalmente dejando, constancia en la historia clínica, como mínimo, de la finalidad y naturaleza de cada intervención, de sus riesgos y de sus consecuencias (artículo 4, punto 1). Otros documentos y declaraciones, como el Informe Cumberlege de Gran Bretaña sobre la atención al parto (Vidal, 2003:27), destacan que si las mujeres reciben información correcta e imparcial, estarán bien posicionadas para decidir acerca de los cuidados que necesitan.

7.1.2.1. La información que reciben las mujeres

Como hemos ido viendo la mayor parte de la información que se transmite en la asistencia obstétrica versa sobre los estilos de vida de las mujeres (el abandono del

¹⁵³ Se define información clínica como todo dato que permite adquirir conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla. En la Ley General de Sanidad sobre los derechos de los pacientes se expresa que ésta debe darse "en términos comprensibles, a él y a sus familiares y allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento" (punto 5, artículo 10). Estos derechos han sido remarcados la Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en los artículos 27 y 30. Las excepciones para la transmisión de información se regulan también en la Ley 41/2002, y son cuatro: urgencia vital, incompetencia del paciente, imperativo legal, y riesgo para la salud pública.

consumo de tabaco, ejercicio físico y mantener una dieta equilibrada), con la intención de “educarlas” en mejorar su salud (Montes, 2007:45). Sin embargo, esta información suele ser tan general que resulta poco aplicable a sus vidas cotidianas: “*Dieta y ejercicio es lo que tiene que hacer*” “*Vete a dar un paseo y nada de dormir la siesta*” “*Ya sabe, a cenar menos y moverse más*”. Incluso en las consultas de las matronas, en los que se brinda más “tiempo para hablar” (Bodoque, 1996:334), no se analizan sus circunstancias, sus visiones y cómo interfieren éstas en integrar los cambios propuestos. Esto se hace especialmente visible en la información sobre el control del peso, en el que muchas mujeres dicen que ellas lo hacen bien, y no entienden por qué siguen cogiendo peso; las profesionales les repiten nuevamente los mensajes generales sobre lo que “debe y no debe” comerse, a lo que ellas responden que lo hacen correctamente, pero no se les explica ni se les ayuda a entender las causas por las que, en cada caso particular, puede incrementarse el peso. Al final del recorrido, vemos que la visión que queda grabada en la memoria de las profesionales es que las mujeres no tienen interés en cambiar su estilo de vida, que no les escuchan, que no siguen sus consejos, que no se responsabilizan de su salud y que, por tanto, no son conscientes de los riesgos que corren ellas y sus criaturas. Lo que refuerza su visión de las mujeres como incapaces de su propio cuidado y del de su criatura.

Otras informaciones que se transmiten se relacionan con el resultado de pruebas y de analíticas. Como en la mayoría de los casos esta información es breve, incompleta y general, ya que vale con un “*todo está bien*” “*todo está dentro de la normalidad*”, las mujeres desconocen a qué se refieren exactamente las profesionales. Un ejemplo clarificador es la información que se transmite en la consulta de la segunda visita de embarazo sobre la prueba del screening (apartado 5.2.2.1.), que puede hacerse de la siguiente forma: “*Estoy calculando el riesgo de síndrome de Down. Ahora os informo. (Silencio) No es aconsejado. Hay más riesgo de perder el bebé que de subnormalidad. Todo es normal y está bien*” (Margot, obstetra, 40–45 años, madre, cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Villafranca, 28/03/2007). Para algunas mujeres, dicha información es suficiente, pero otras hacen preguntas sobre los términos médicos: “*¿Esto es lo del triple screening? ¿Ah, se refiere a la amniocentesis?* Esta información la han obtenido, bien por la lectura del consentimiento que se les entrega en la primera visita del embarazo con el volante para las pruebas, o bien por otras fuentes.

Sin embargo, otra parte de las profesionales intentan que las mujeres dispongan de más información e incluso que decidan si quieren saber el resultado de este cribado:

Obstetra: “*Ahora les voy a decir los resultados de una analítica, que nos permite saber el riesgo de tener un feto con alguna malformación ¿Quieren saberlo?*”

Mujer y pareja: "Sí".

Obstetra: "A través de la analítica que le hemos realizado y de la ecografía con este programa informático podemos calcular la probabilidad de que tenga un hijo con alguna malformación como el mongolismo, ¿lo conoce?"

Mujer: "Sí".

Obstetra: "¿Le gustaría entonces saber?"

Mujer: "Bueno, sí".

Obstetra: "Tiene un riesgo bajo, tiene más riesgo de perder el feto al hacer la amniocentesis. ¿Sabiendo todo esto usted quiere hacerse la amniocentesis?"

Mujer y pareja: "¡No, no!" (Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Villafranca, 18/04/2007)

En este caso se observa cómo se da información a la mujer en la medida en que ella lo considere, y se le pregunta sobre si entiende las razones de los procedimientos y las opciones que tiene. Ejemplos de este tipo, aunque consuman más tiempo dan pie a que las mujeres puedan preguntar, contribuye a que entiendan la lógica sanitaria y se vayan socializando con la posibilidad de tomar decisiones. Además este estilo les ayuda a quedarse tranquilas y a comprender la razón de esta visita: *"Tú llegas allí como siempre a que te pesen, te digan que todo bien y de repente te empiezan a preguntar, al principio te descoloca, pero luego dices «bien, me he enterado de lo del test, ya sé que ha sido hoy, para eso he ido a la consulta »"* (Irene, 28 años, segundo embarazo, ningún hijo, trabaja dentro y fuera de casa, Villafranca).

Cuando se advierten factores de riesgo que obligan a aumentar la vigilancia sobre esa mujer, la mayoría de las profesionales señalan que prefieren no explicarles hasta que no estén confirmadas sus sospechas. Las razones que aluden es que las mujeres no son capaces de manejar dicha información y les angustia. Situaciones de este tipo aparecen por ejemplo cuando en las consultas de obstetricia se les repiten pruebas (analíticas, ecografías, monitores), o cuando tras la monitorización de la última visita del embarazo se hacen exploraciones o pruebas más específicas, o cuando en el paritorio se repiten exploraciones por parte de diferentes profesionales. También en el servicio de puerperio, cuando hay criaturas que no están alimentándose bien porque no se enganchan al pecho, tienen bajo peso u otros problemas como la ictericia¹⁵⁴, motivos por los cuales las enfermeras se los llevan con la excusa de que les van a revisar, pero luego no dan una información completa a las mujeres ni a sus parejas. El problema

¹⁵⁴ La "ictericia" se refiere al tinte de color amarillo que adquiere la piel y las mucosas debido a un pigmento en la sangre de color amarillo que contiene la bilirrubina, que debería ser eliminado por el hígado, pero que en la mayoría de los y las recién nacidas durante la primera semana de vida debido a su inmadurez tarda más en eliminarse.

surge porque, como las profesionales no han ido explicando los datos que han ido encontrando y que interpretan como indicios de que algo no sucede correctamente, ellas se sorprenden y no entienden lo que pasa: *“Si hace cinco minutos todo estaba bien”*. Así le pasó a Carmen, una de nuestras informantes, que cuando estaba en el paritorio entraron muchas veces a verla y a explorarla: *“En un momento vinieron la matrona con dos personas más corriendo porque habían visto una bajadita, ¡qué susto!, pensamos que pasaba algo más gordo”* (Carmen, 30 años, primera hija, primer embarazo, trabaja dentro y fuera de casa, Villafranca). Posteriormente la pasaron al paritorio, aumentaron el ritmo de oxitocina y cuando su hija nació la ingresaron en neonatos. Pero ella y su pareja no relacionan el dato de la “bajadita” con el hecho de que influyese en que se acelerase su parto o el ingreso de la criatura, sino que tienen una percepción de normalidad durante su estancia en el paritorio, porque para ellos la enfermedad es algo imprevisible, no se puede anticipar, y desde ahí es necesario que haya profesionales para actuar y controlar. En cambio, para éstas últimas estas interpretaciones son el resultado del desconocimiento y de que no quieren reconocer que aparecen riesgos.

Otro tipo de información se aporta de forma escrita a través de los consentimientos informados, instrumento normativo para verificar que se ha informado debidamente a la mujer y que explica los procedimientos, las razones y los riesgos de los mismos. Sin embargo, como estos documentos tienen un lenguaje técnico y no están acompañados de explicaciones verbales, las mujeres tampoco los comprenden y, en general, se limitan a firmarlos. Por ello, algunas profesionales no los consideran útiles, aunque se exijan a nivel legal.

Otros documentos que se entregan son, en el embarazo por ejemplo, unos escritos sobre los cuidados del embarazo¹⁵⁵ y folletos sobre lactancia materna. Algunas matronas también entregan documentación sobre las fases del parto, los consentimientos sobre la anestesia epidural y diferentes folletos de promoción de la salud durante el epp, elaborados por el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. En el paritorio no reciben información escrita más que los consentimientos de la anestesia epidural. Al alta se les aportan los informes, con información ajustada según el tipo de alimentación (materna o artificial de la criatura) y, en el caso de mujeres de origen extranjero, adaptada a los principales idiomas.

En la Ley General de Sanidad, se explica la importancia de la información escrita como apoyo a la información oral para facilitar que las mujeres puedan leerla y recordarla

¹⁵⁵ Son dos hojas informativas sobre los cambios y cuidados durante el embarazo, consejos de educación para la salud sobre la prevención de infecciones como la toxoplasmosis. Este documento no está adaptado para población inmigrante, sin dibujos, letra pequeña y extensa. Se incluye como el documento 13 del anexo.

más tarde. Las mujeres valoran muy positivamente esta información, e indican que les ayuda a conocer mejor el proceso en su conjunto, su estado de salud y, a disminuir el nivel de indecisión en el momento de elegir entre varias opciones. Pero el que exista información escrita parece que promueve, aún más, que las profesionales consideren que entonces no tienen que aportar nada más: *“Nosotras damos por hecho que leen todo y que ya lo saben, por eso no les explicamos. Y así la información es la justa. Estas hojas informativas están muy bien, pero incluso algunas mujeres traen dudas”* (Montse, enfermera, 45–50 años, madre, Noceda). Por lo que se confunden los procesos de transmisión de información con los de comprensión de la misma, que sería necesario que fueran distinguidos y que el personal sanitario les prestase más atención.

Sobre otros recursos que están disponibles en la zona y que son específicos para promover la salud de las mujeres embarazadas y prevenir algunos problemas, como por ejemplo los derechos de protección de la maternidad (que veremos más adelante), la cobertura odontológica, programas de natación municipales y gimnasia para mujeres con diabetes gestacional¹⁵⁶..., encontramos que algunas profesionales informan y que otras no.

7.1.2.2. Lo que preguntan o quieren saber

En todos los espacios de observación se descubre que las mujeres tienen numerosas preguntas, algunas incluso las traen escritas en papelitos o “post-it” y esperan a que la profesional concluya para realizarlas.

En el embarazo, piden información sobre cuestiones que para las profesionales son demasiado obvias, como si pueden hacer deporte (natación y pilates), teñirse el pelo, depilarse, ir a determinados lugares, viajar en avión o en barco, tener relaciones sexuales de penetración, o comer determinados alimentos, como las más frecuentes. Otro grupo de preguntas giran en torno a los cambios que aparecen en sus cuerpos: molestias en la zona vaginal, abdominal, pinchazos en las piernas, dolores en la espalda o cansancio, principalmente.

¹⁵⁶ Estos recursos han sido recogidos a lo largo de la investigación. El programa que está dirigido a la diabetes gestacional mediante gimnasia, está incluido en la zona de Noceda, que ha incorporado una fisioterapeuta para mostrar que los embarazos de mujeres diabéticas que realizaban gimnasia con cierta regularidad, presentan un mejor control y evolución de la misma. Aunque las obstetras lo conocían (pues se habían pedido los permisos a este servicio para derivar a las mujeres) no lo han ofrecido como un recurso a todas las mujeres que se les diagnostica diabetes. Algunas comentaban que por olvido y otras pensaban que esa mujer no iba a acudir. Nuevamente son ellas las que deciden por la mujer lo que considera que más le conviene en función de las características que perciben de la misma.

Al inicio de las visitas sanitarias también hacen preguntas vinculadas con el desconocimiento de la atención: *“Entonces, ¿usted va a ser siempre mi médica? ¿Cuántas visitas tengo que tener?”* Éstas generalmente no son respondidas, aludiendo a qué habrá que ir viendo cómo es el desarrollo del embarazo.

En el momento del parto las mujeres quieren información sobre las prácticas sanitarias que les están realizando y lo que significan. Demandan información más concreta sobre la epidural, el enema, el rasurado, cuándo ir a urgencias, cómo saber si son contracciones verdaderas y están de parto, o los registros de la monitorización, que son las más conocidas para ellas. Al tratarse de preguntas más cerradas permiten a las obstetras y a las matronas dar una información más clara y completa. Sin embargo, muchas de estas preguntas incomodan a las profesionales, pues les parece en algunos casos que las mujeres quieren saber tanto como ellas.

En el puerperio, la mayoría de las preguntas se dirigen a solicitar información sobre sus criaturas, a todo lo relativo a su alimentación y a sus cuidados. Necesitan una información más aplicada y sus preguntas son más precisas: cómo se sabe si se queda con hambre, cada cuánto debe comer o por qué llora o no llora, por ejemplo. Las respuestas a dichas cuestiones varían según cada profesional.

Aunque para las sanitarias algunas de estas preguntas carecen de sentido, reflejan el interés de las mujeres acerca de su salud y sus cuidados. En cambio, otras preguntas son mejor valoradas, como las relativas a las vacunas, a las pruebas y sus resultados, o a los medicamentos que pueden tomar las criaturas, preguntas que se dirigen a aspectos sobre los que las profesionales disponen de información y cuyas respuestas están más consensuadas.

Detrás de todas estas preguntas existen dos preocupaciones que se repiten: querer saber si todo lo que les sucede forma parte de la normalidad, por un lado, y las causas de los malestares por el otro. Sobre todo, quieren saber qué pueden hacer ellas para mejorar su salud durante el epp. Así, cuando existe algún problema, por ejemplo cuando la glucosa está elevada, se constata una falta de líquido amniótico, bajo peso para la edad gestacional, etc.; preguntan si estos hechos pueden tener relación con sus comportamientos, y qué tienen que hacer para resolver el problema que ha surgido, y les resulta difícil aceptar que no pueden hacer más que seguir los hábitos saludables recomendados desde el principio del embarazo (que ellas valoran que cumplen), como no fumar, realizar una dieta saludable y hacer ejercicio físico adecuado.

Ante la falta de información profesional, o si ésta es para ellas demasiado técnica, o simplemente para ampliarla, acuden a otras fuentes de consulta: a otras mujeres que ya

han pasado por un epp, por ejemplo, o a revistas especializadas e Internet¹⁵⁷. Aunque para el personal sanitario estas fuentes carecen de autoridad para transmitir información, las mujeres no lo ven, y la legitiman especialmente cuando en estas revistas y páginas escriben profesionales. También acuden a las matronas o a consultas en diferentes centros (públicos y privados), e incluso a la investigadora se le han pedido aclaraciones. Todos estos hechos nos demuestran que las mujeres buscan que alguien haga comprensible las pautas, las razones por las que se realizan y que, en definitiva, las orienten sobre lo que deben hacer. Especialmente notable resultan estos aspectos en los casos en los que se les da información no contextualizada sobre sospechas o riesgos. Bodoque (1996:331) apunta que explicar los requisitos de las pruebas, las limitaciones de sus resultados y las razones de las decisiones sanitarias, son estrategias para disminuir la ansiedad que ciertas informaciones crean. De modo que, en parte, teniendo estos aspectos en cuenta, se podría posibilitar que disminuyeran estos “agobios”, se orientaran sus expectativas a los hechos y, probablemente, se redujeran ciertas reclamaciones.

7.1.3. Las decisiones que toman las mujeres

En la atención sanitaria se articulan los procesos de toma de decisiones a través de los consentimientos informados (Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente¹⁵⁸), que en relación al epp son los siguientes:

- En el embarazo, para el screening del primer trimestre y la amniocentesis cuando son mujeres mayores de 38 años, o cuando ellas a priori manifiestan el deseo de hacerse está prueba, o sus profesionales que la necesitan.
- En el parto, para la epidural, los partos vaginales después de cesáreas, los partos de nalgas, las cesáreas cuando no son urgentes, además en los casos de cesáreas, si las mujeres tienen más hijos e hijas se les informa sobre la posibilidad de hacerse una ligadura de trompas¹⁵⁹.

¹⁵⁷ Las principales páginas que las mujeres consultan no son sanitarias, si no foros de distintas revistas o de otra índole que se han ido creando, como “terra” y “mi bebé y yo”. Las mujeres que buscan información también llegan a las páginas de diferentes asociaciones como el Parto Es Nuestro y La Liga de la Leche.

¹⁵⁸ Para entender cómo se puede dar esta participación en la atención hay que considerar la distinción que establece esta Ley en función de ser usuario y paciente. El primero sería la persona que utiliza los servicios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria, lo que corresponde con la situación del embarazo y posparto. Frente al paciente, que es quien requiere asistencia y, como dice “*está sometido a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud*” (artículo 3). En función del enfoque del epp como un proceso de riesgo o fisiológico, se puede considerar a la mujer como paciente, lo que limitaría su participación, dotando a las profesionales de mayor autoridad para tomar las decisiones.

¹⁵⁹ Esta situación resulta especialmente llamativa, ya que primero sólo se invita a las mujeres que ya han tenido un hijo/a previamente y, cuando alguna mujer lo plantea en caso de ser su primer hijo o hija, se la disuade diciéndole por

Como hemos visto el hecho de que se haga entrega de los formularios del consentimiento para que las mujeres los lean y firmen, no implica que las mujeres hayan recibido una información completa, ni que hayan podido preguntar sobre sus dudas y contrastarlas con el personal, ni que entiendan estos documentos escritos. Se trata más bien de un instrumento pensado para evitar problemas legales que para promover la toma de decisiones de las mujeres.

Para el resto de los procedimientos corresponde el consentimiento oral y la aceptación de los protocolos, es decir, se parte del supuesto de que las mujeres, desde el momento en que deciden acudir a un centro sanitario, aceptan los pasos establecidos en sus protocolos y el quehacer de sus profesionales. Por ello, desde la Asociación El Parto Es Nuestro se insiste en que las mujeres pregunten acerca de los mismos: *“Conocer el protocolo es la única manera que tenemos de saber qué es lo que te van a hacer, porque luego, una vez ingresada, nadie te lo dirá, dan por supuesto que tú estás de acuerdo con todo”* (Mercedes, cuaderno de campo, reunión de la Asociación El Parto Es Nuestro, 04/06/2004)¹⁶⁰.

En la actualidad, como mencionamos en el capítulo anterior, se está proponiendo otro instrumento denominado “Plan de parto”, que parte de la misma idea del consentimiento informado, pero dirigido a que las mujeres elijan entre los diferentes procedimientos relacionados con el parto y el nacimiento, ante los que no existe consenso científico, y sí una gran disparidad de opiniones entre las profesionales.

Dicho instrumento está siendo aplicado actualmente en diferentes hospitales de Cataluña y Cantabria. En la página web de la Asociación El Parto Es Nuestro se ofrecen algunos modelos¹⁶¹, se explica su elaboración y se indica a qué servicios debe ser entregado y de qué forma. Sin embargo, la mayoría de las profesionales desconocen este instrumento, y las pocas que lo conocen no promueven su uso. Tampoco las mujeres que han participado en nuestro estudio lo conocen.

ejemplo: *“Espera un poco, piénsalo con tu pareja, tiempo tienes y si más adelante quieres pides cita con nosotros”*. En segundo lugar, porque se les dice que *“lo recuerden cuando ingresen en el hospital”*, de forma que se delega la responsabilidad en las mujeres, por si a las profesionales se les olvida su realización, como ha ocurrido en ciertos casos, aunque en la historia sanitaria constara su demanda.

¹⁶⁰ Esto explica que determinados procedimientos, como la realización de la prueba de VIH, para los que se requiere consentimiento, en el caso de la atención durante el embarazo no se solicite y las mujeres no sepan que le han realizado esta prueba; como además se realiza en el primer y tercer trimestre, cuando se da un resultado positivo en el tercer trimestre las mujeres se quedan sorprendidas al informarles que han adquirido la infección durante el embarazo, ya que el anterior resultado era negativo.

¹⁶¹ En dicha página web puede consultarse una guía para elaborar un plan de parto y de nacimiento, un plan de parto para partos vaginales después de cesárea, para cesáreas, dos modelos de plan de parto, un documento sobre recomendaciones para la atención en la sanidad privada, y los consentimientos informados para obstetricia y pediatría.

Las matronas y obstetras no consideran que las mujeres tengan que tomar este tipo de decisiones, sino que son ellas quienes deben decidir y proponer a las mujeres unos procedimientos u otros. Por ejemplo, durante el embarazo si el resultado del screening sale alterado se les da la opción de la amniocentesis, en el parto se les da la opción de elegir principalmente la epidural, y en el puerperio se les deja elegir la alimentación de su criatura con lactancia materna o artificial. Aunque tampoco estos procesos están exentos de presiones. En el resto de los asuntos se da por entendido que las mujeres deben aceptar lo establecido en los protocolos y lo que mejor valoran quienes las atienden.

Algunas profesionales deciden, por ejemplo según sus experiencias en torno a sus propios embarazos si resultará idóneo para la mujer tomar determinados minerales en forma de complementos vitamínicos o incorporarlos en la dieta: *“Mira, yo con el ritmo de vida que llevaba no podía estar pensando en la alimentación, es mejor tomar tres pastillitas todos los días y saber que todo está bien”* (María, matrona, 45 años, madre, Villafranca). O en el parto, según la experiencia profesional, deciden por ejemplo si es más conveniente rasurar o no, poner una monitorización interna o externa, la posición tumbadas o de pie para que paran...

Pocas profesionales preguntan a las mujeres qué quieren, y cuando les preguntan se comprueba que éstas no están socializadas en tomar decisiones sobre su salud. Y las mujeres les devuelvan la decisiones a las mismas: *“¿Y usted qué me recomienda?” “Yo no sé, haga lo que crea que es mejor”* (cuaderno de campo, consultas de obstetricia, Villafranca, 5 y 6/03/2007). Lo que da entrada a la beneficencia paternalista, pues la profesional procura el mayor bien posible para la mujer, según, claro está, lo que ella entienda, ya que es el experto en saber lo que beneficia tanto a la criatura aún por nacer como a la mujer. Desde ahí, como consta en el Programa del Área, subyace la idea de que las decisiones de las mujeres consisten en la participación en el itinerario establecido, y en la aceptación y cumplimiento de los consejos sanitarios y del quehacer de sus profesionales.

No querer preguntar a las mujeres, no considerar sus decisiones, no implica que las decisiones no se tomen y no sean observadas en las consultas. Las mujeres son las que deciden, puesto que ellas, aunque no expresen sus opiniones en los encuentros con sus profesionales, al salir de los servicios sanitarios valoran si cumplir los consejos, acudir a las citas y pruebas programadas, y valoran si deben usar los diferentes servicios como las urgencias, las consultas de las matronas y de obstetricia. El problema es entonces que, en ocasiones, las decisiones que toman las mujeres suponen una crítica

por parte de sus profesionales, ya que parece como si estuvieran cuestionando sus saberes, sus protocolos establecidos, su autoridad¹⁶². Estos ejercicios de autonomía son descritos en algunas entrevistas:

“Como yo ya sabía que lo que me decían no podía ser, cogí todos los papeles, les dije que sí que iría a hacerme las pruebas, y salí de allí. Luego llamé a la doctora que me había atendido antes, que yo sabía que me iba a escuchar y hacerme caso. Ella me dijo haz esto, y no volví a la consulta hasta la siguiente cita, pasado un mes. Entonces nada más entrar, sin saber nada, ya me empezó a regañar, hasta que me dejaron y les expliqué todo. Pero ¡qué mal, les coges una tirria a algunos!” (Laura, 38 años, tercer embarazo, no hijos/as, trabaja dentro y fuera de casa, Noceda).

Las mujeres también deciden ante la variabilidad de recomendaciones entre las profesionales, y siguen aquellas pautas que, según sus creencias, sus experiencias y las de su propio entorno les parecen más lógicas. En este aspecto se hace patente la importancia de las redes como un nivel de asistencia que coasiste a las mujeres, y que interviene junto con el sistema biomédico, aunque sus conocimientos surjan más de prácticas empíricas y simbólicas.

Por último, destacar que para que las mujeres puedan tomar decisiones tienen que tener acceso a su historia. En Noceda, se les entrega desde la primera consulta y se les explica que deben llevarla siempre en todos los encuentros con el sistema sanitario. Este hecho facilita que muchas mujeres puedan conocer, a través de este instrumento, la información sobre su atención y preguntar sobre términos técnicos. También permite que consulten a otros profesionales sobre el control de su embarazo y que cuestionen o indaguen sobre la realización de determinados procedimientos. Sin embargo, en Villafranca, al estar la historia informatizada, sólo se dan informes de cada visita, donde figura una información resumida sobre su proceso de epp. Si las mujeres reclaman toda la historia se les puede dar una copia, pero tienen que pedirla en el hospital y su tramitación tarda un tiempo.

Ahora para ejercer su derecho a ser informadas, a preguntar, a tomar decisiones y a disentir de sus profesionales, también son necesarios otros recursos, entre los que cabe destacar la toma de conciencia sobre sí mismas y la elevación de la autoestima, que en ocasiones establecen las diferencias en la participación y en la relación con sus profesionales. La OMS, en el informe de 2005, comenta la importancia del asesoramiento durante la maternidad y su relación con el fortalecimiento de la

¹⁶² Según un estudio de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO): “Uno de cada tres ginecólogos ha sido denunciado en los últimos 10 años por sus pacientes y en más del 40% de los casos faltaba el consentimiento informado de la paciente. Este documento, clave para demostrar que la mujer conocía los riesgos de la intervención, es la primera arma de los profesionales para evitar unas reclamaciones que consideran injustas” (El País, 10/08/2007).

autoestima propia. Reforzar la autoestima de las mujeres es una actividad que debe integrarse dentro de las áreas de intervención, por su importante vinculación con la vivencia tanto del embarazo, del parto y de la maternidad, de su bienestar y de la capacidad que cada mujer posee para afrontar adecuadamente su cuidado y el de su criatura.

Un esfuerzo en esta línea se observa en la atención sanitaria que se presta en algunos cursos de preparación grupales, y en las consultas individuales de algunas matronas.

Como vemos en el siguiente ejemplo:

“Para mí lo importante es preguntar a las mujeres, qué tal están, cómo se sienten atendidas, si tienen apoyos, cómo lo llevan; prefiero que hablen y yo escuchar, en la medida que cuentan yo les voy dando información. Los cursos son espacios para compartir, que es mucho más importante que cualquier otra cosa. Las mujeres se sienten entre iguales y así pueden hablar. Ellas necesitan soltar todo lo que llevan dentro, sus miedos, sus deseos, tienen que elaborar lo que les está pasando” (Sol, matrona, 50 años, madre, Noceda).

Esta matrona alienta durante los cursos a las mujeres a que hablen y a que cuenten sus experiencias, de forma que cada una de ellas, precisamente, cuenta los factores que consideran que influyen en su salud, en su embarazo, en su parto o en el puerperio. En cierta ocasión, Cristina, una mujer que asistía a los cursos, expresó que no había tenido apoyos durante su parto: su madre había fallecido hacia varios años, era la hija mayor y con sus hermanas tenía una relación más de madre que de hermana, y encima el día del parto su marido, que trabajaba mucho, se puso enfermo. Todo esto le produjo mucho estrés y no pudo parir, y finalmente le tuvieron que hacer una cesárea de urgencia por riesgo de sufrimiento fetal. A partir de este relato, en el grupo se empezaron a hablar de las relaciones de pareja y su influencia en su bienestar y sus expectativas con el nuevo nacimiento, de cambios en las rutinas familiares en relación a los comportamientos de ellos, de apoyos y soledades, y más de un etcétera. La matrona mantuvo una actitud de escucha sin orientar, dejando que las mujeres hablasen y se respondiesen entre ellas: *¿Y las demás que pensáis? ¿Y tú ahora cómo lo ves?* Sus intervenciones lanzaban preguntas o cerraban sus opiniones como si fuera una participante más, o una sabia moderadora de debates: *“Vamos, es lo que yo veo, a lo mejor en tu caso”*. Incluso en un par de ocasiones, unas mujeres se nombraron a sí mismas como tontas, entonces la matrona las interrumpió: *“Tú no eres tonta, eso nunca lo pienses, tú haces las cosas como sabes, y eso no significa que seas tonta. Si los demás se aprovechan de ti, eso lo tendrás que pensar, pero no depende solo de ti”* (Sol, matrona, 50 años, madre, Noceda). De esta manera, la profesional iba introduciendo claves para que las mujeres

se vieran a sí mismas de otra forma y fueran tomando una actitud protagonista en sus vidas.

En esta dirección, desde la Asociación El Parto Es Nuestro han elaborado una guía titulada “Aprende a preguntar a tu médico y toma tú las decisiones” (anexo 12) con preguntas a realizar sobre en las consultas durante el embarazo, que se presenta así: *“Si estás embarazada y acudes a un profesional para una visita rutinaria o acudes a dar a luz y quieren hacer algo más que escuchar el latido de tu bebé de forma externa e intermitente o tomarte la tensión, saca la ficha y pregunta por qué. Imprimela y llévala en la cartera”*.

En relación a esto también se sitúan los discursos que invitan a las mujeres a conocer y escuchar sus cuerpos para entender los procesos y cambios que se dan en ellos. Estas acciones representan una continuidad de las propuestas feministas de autoconocimiento, en las que conocer el propio cuerpo se entiende como una estrategia para conocerse a sí misma (Taboada, 1978). Esto lo destacan algunas matronas en el parto, en el cual la relación que ha habido con el cuerpo es determinante para vivirlo. Así, una matrona comentaba:

“Muchas veces se nota la relación que tiene la mujer con su cuerpo, si se le ha ayudado a escucharlo, a reconocer sus límites y sus posibilidades. A veces, cuando hablo con ellas, les pregunto qué quieren, qué postura prefieren, les ofrezco poner un espejo para mirar, que se toquen para que vean como asoma la cabecita... y de todo esto no hablamos y siento que estoy forzando” (Jimena, matrona, 33 años, no madre, Villafranca).

Aunque sea dentro de un marco cultural concreto, que es el que permite una “escucha” determinada, todos estos elementos permiten a las mujeres conocerse, saber sus deseos, querencias y posibilidades, y promueven su desarrollo personal (Lagarde, 2000:20–22), que junto con las oportunidades externas que tengan en sus vidas, con la flexibilidad de los protocolos y las informaciones que les proporcionen, les permitirá sentir que controlan su proceso o que, por el contrario, han dejado que otros lo lleven por ellas.

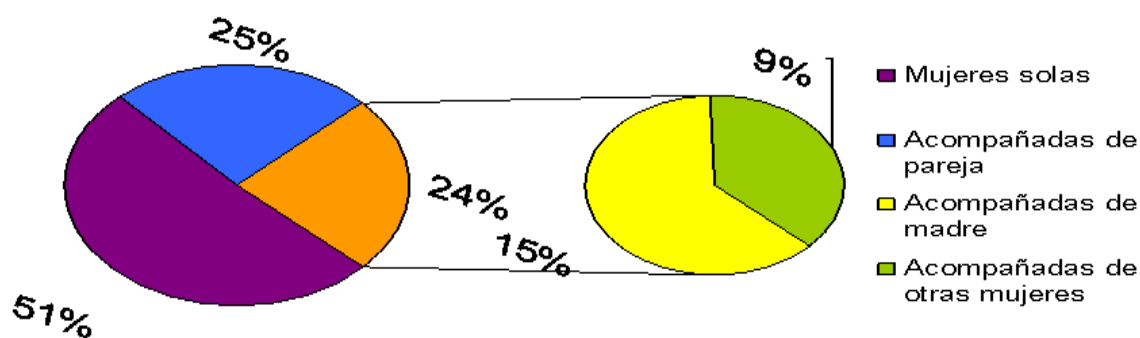
7.1.4. El papel de las personas que acompañan a las mujeres

Las decisiones tomadas dependen también de las personas que les acompañan en la atención, junto a las profesionales y la institución sanitaria (Montes y Bodoque, 2003:3). Además, como hemos mostrado en el capítulo anterior, el enfoque fisiológico promueve que se conciba el parto como un acontecimiento familiar y social, en el que son también protagonistas otras personas del entorno de las mujeres. Así se indica que debe estar “acompañada de quien ella desee”, aunque al abordar esta cuestión se

manifieste que “lo lógico es que sea la pareja, es el padre de la criatura”, de forma que se entiende que éste es el acompañante idóneo, tema sobre el que profundizaremos en el siguiente capítulo. Además se concibe que la pareja tiene que estar presente en el parto y en los posteriores días de ingreso en el hospital, y aquellas mujeres que no están acompañadas por ellos despiertan “sospechas” y se les pregunta directamente por su pareja –excepto si esta información consta en la historia–. Curiosamente en el resto de los momentos del itinerario asistencial se disculpa que no estén y que las mujeres vengan acompañadas por otras personas.

De los datos recogidos en las consultas de obstetricia se recoge que la mitad de las mujeres acuden solas. La otra mitad, se divide entre las que lo hacen acompañadas por su pareja (una de cada cuatro mujeres) o por otras personas (una de cada cuatro), que suelen ser, en la mitad de los casos, las madres, y en la otra mitad, otras mujeres de su entorno (amigas, hermanas, cuñadas). Esto lo podemos observar en el siguiente gráfico:

Gráfico 10. Acompañantes de las mujeres en las consultas de obstetricia, área 12.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las consultas de obstetricia.

En nuestros datos se refleja cómo la mayoría de las mujeres acuden solas, aunque se promueva que participen sobre todo sus parejas, recordándoseles que el epp no sólo es un proceso de las mujeres sino que es igualmente de sus parejas. Esto no siempre se da, a pesar de que en algunos casos, cuando se les tiene que comunicar un resultado adverso o se requiere tomar alguna decisión, se les dice que acudan a la siguiente visita con su pareja. Cómo las mujeres desconocen qué se hace en cada visita, tampoco pueden anticipar cuando tienen que ir acompañadas. También hemos encontrado casos de mujeres que, por desconocimiento, pasan solas a las consultas y sus acompañantes se quedan fuera. Y al pedirles que vuelvan nuevamente con sus parejas, comentan si

pueden salir y decirles que entren. Incluso encontramos parejas que acuden sin las mujeres a pedir información¹⁶³.

Los acompañantes y sus formas de estar son muy diversas. Así, encontramos desde quienes muestran una actitud de escucha, apoyo a la mujer y empatía ante la información que le comentan, a otras que tienen una actitud más de intromisión, anticipándose a hablar antes que ella, preguntando y aportando información por si no la comenta. A pesar del impacto que estas actitudes tienen sobre la mujer, colocándola en un rol más pasivo todavía, sobre todo cuando son madres que infantilizan a sus hijas y parejas que desautorizan a sus mujeres, las profesionales suelen consentir estas actitudes. A su vez, cuando se encuentran estilos de riesgo en las mujeres (fumadoras, que no cuidan la dieta, que se han saltado alguna visita) se le pide a quien acompañe que medie para que la mujer cuide su salud y la de la criatura.

Que las profesionales autoricen a quienes acompañen a las mujeres produce que, por un lado, se obvie totalmente qué tipo de relación previa tiene la mujer con esa persona que la acompañe (sea su pareja, una mujer mayor o de similar edad) y, por otro lado, puede reforzar el poder y el control del entorno sobre las mujeres. Esto ha sido especialmente relevante en los casos de mujeres cuyas visiones sobre el epp y las de su entorno eran diferentes, y que se alejaban de los consejos sanitarios establecidos.

De forma que la compañía –y el acompañar– está también determinado por las profesionales, que dictaminan el número y las personas que participan, quedando ajeno al control de las mujeres. En el servicio de puerperio el personal relaciona el número de visitas con el estado de la criatura, y explica sobre todo a la pareja que debe regular quienes vienen y están en la habitación por el impacto que tiene sobre la criatura. Así, *“a veces tienes que entrar y decir que sólo se queden dos, y por supuesto, uno que sea el marido”* (Saray, enfermera, 30–35 años, no madre, Villafranca). De esta forma, aunque se reconozca que es un acontecimiento social y familiar, se restringe quien puede participar, y al enfatizar que sea la pareja el principal acompañante, también se esta promoviendo un determinado modelo de familia nuclear, donde se presupone que el apoyo antes, durante y después será dado por la pareja, anulando las acciones de otras personas, de su entorno, personas que de hecho también intervienen.

¹⁶³ “Acuden a la consulta dos hombres marroquíes, el marido de la paciente y otro que habla bastante bien castellano. Vienen sin la mujer. Explican que ésta había venido el día anterior y al decirle lo del triple screening, como no entendía nada, le habían dicho que viniera con su pareja otro día. Después de darles la información les comentaron que volvieron en una tercera ocasión con la mujer porque no podían tomar la decisión sin ella. Ellos insisten mucho en que ella no habla, que le dieran la cita para hacerse la amniocentesis si consideraban que había riesgos. La obstetra les explicaba que eso no se podría hacer sin que ella estuviera de acuerdo; ellos dicen que sí, que ella lo está, aunque todavía no se lo han dicho” (Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Noceda, 16/01/2006).

Además se observa cómo las mujeres que no tienen pareja no son consideradas y se “normaliza” que ellas mismas decidan ausentarse de espacios más dirigidos a las parejas como son los cursos de preparación grupal del embarazo. En uno de los cursos grupales del embarazo, en la primera sesión aparecieron diez mujeres con sus parejas. Además, había dos mujeres que estaban casadas, pero cuyos maridos no iban a acudir ya que eran sus segundos embarazos. También asistía una chica adolescente que tenía pareja, pero que iba a estar acompañada por su madre, y una chica sola que vino con su hermana. A la siguiente sesión acudió sin su hermana. En medio de la sesión, la matrona pidió por parejas que respondiesen a unas preguntas, y no dio ninguna pauta para aquellas que o bien su pareja no había acudido aquel día o no tenían. Ella, además, por el sitio donde se había sentado, no tenía a ninguna mujer sin pareja cerca, y tenía que levantarse para ir con las otras mujeres que habían ido sin acompañante, las cuales ya se habían agrupado en parejas, así que respondió sola a las preguntas. En la puesta en común no participó y al finalizar la sesión se marchó rápidamente. Luego dejó de acudir al curso. Cuando le pregunté a la matrona, me dijo que era normal, su pareja no había querido hacerse cargo. De esta forma la matrona normalizaba que dicha mujer no acudiese a estas sesiones y que estuviera mal, pero no buscaba la manera para que asistiese a la preparación y ayudarla/acompañarla en este proceso. Es decir, no tener pareja no es tenida en cuenta en el sistema sanitario, y no se atiende a la diversidad de situaciones de las mujeres. Además, se refuerza la discriminación que sufren estas mujeres al asumir solo ellas (y no los hombres) las consecuencias de las relaciones sexuales como el embarazo y al imponerles que se tienen que adaptar a los protocolos, excluyendo e invisibilizando su particularidad, elegida o no.

Valoramos, dicho lo dicho, que valdría la pena, en todos los momentos del proceso, detenerse a observar quienes son estos acompañantes, e incluso apreciar que, aún siendo la pareja de la mujer, tal vez no habría que presuponer el tipo de relaciones que existen entre ellos. E, igualmente, hacer constar el hecho de que las mujeres que acuden siempre solas a lo largo de sucesivas visitas, sería posible explorar el apoyo real del que dispone, especialmente importante de cara al parto y al puerperio.

7.1.5. Las consecuencias: maltrato institucional

Para concluir este apartado analizamos el “maltrato institucional” (Montes, 2007:296–304), del que muchas mujeres hablan claramente durante su contacto con el sistema sanitario. Otras no han sido conscientes pero relatan experiencias negativas que han sentido en su atención al epp.

La opresión de género o las diferentes formas de violencia hacia las mujeres, según expresa Marcela Lagarde (2005:232), se ejerce mediante la expropiación, marginación, interiorización, discriminación y exclusión. En lo que se refiere a la atención sanitaria, éstas se observan en la medida en que, no se da cobertura a todas las mujeres, no se les da acceso a la información sanitaria o ésta se ofrece de forma parcializada, se excluyen ciertos aspectos de su vidas aunque estén en relación con su epp, no se les permite su acceso al ejercicio, por ejemplo, de sus derechos laborales, y se les impulsa para que interioricen su rol de pacientes, reforzando su socialización como subordinadas en el sometimiento y aceptación de los mandatos y deseos de los demás como propios y los relativos a su lugar con respecto a la reproducción.

De las mujeres participantes en el trabajo de campo surgen relatos que identifican el maltrato que percibieron en los servicios de salud. Si las agrupamos, la mayoría de estas vivencias se relacionan con varios hechos, como el sentirse “sola y abandonada”, recibir amenazas o agresiones verbales al cuestionar la atención sanitaria –actuar sin explicarle a la mujer por ejemplo– y, por último, sentir que no son consideradas en absoluto sus opiniones ni deseos. Analicemos cada una de estas cuestiones por separado.

Las mujeres manifiestan que se sintieron solas cuando ninguna profesional había acudido a verlas o a darle información durante el parto o el tiempo de ingreso en la planta de puerperio, lo que se justifica desde la visión de que las mujeres necesitan “estar solas”. Sin embargo, para muchas mujeres esto no es así, aunque en los cursos grupales de preparación al parto les expliquen que no se sientan abandonadas si no vienen a verlas: *“El no aparecer muchas veces los profesionales es para no molestaros”* (Sol, matrona, 50 años, madre, Noceda).

Otras mujeres apuntan a la falta de espacios en los centros sanitarios para recogerse después de recibir una mala noticia, o en las urgencias mientras se espera para ver si las contracciones avanzan. De manera que se convierten en lugares hostiles para estar.

Las quejas de otras mujeres nos muestran el poder de la institución sanitaria y sus profesionales para actuar sin considerarlas, y ello en todo lo relativo a permitir que reciban información o puedan pedirla. Por ejemplo, en la consulta de uno de los hospitales, donde se realizan las ecografías de la semana 20 del embarazo, en la puerta está colgado un cartel que señala *“No se puede hablar ni preguntar”*. En los cursos de las matronas, las mujeres comentan esto primero de forma jocosa pero posteriormente muestran su indignación por este tipo de trato, ante el cual sienten que tienen que

acatar estas normas personales (pues proceden de algunas obstetras en concreto) y no pueden hacer nada.

Otros ejemplos que visibilizan las dificultades de las mujeres para pedir y recibir información surgen cuando algunas mujeres utilizan el “plan de parto” para pedir información sobre la práctica sanitaria y también para dejar constancia de sus decisiones. A este respecto, en una reunión de la Asociación El Parto Es Nuestro una mujer señalaba: *“Cuando se lo entregué al ginecólogo me dijo: está bien, si te quieres desgarrar hasta el ano me parece perfecto. Me quedé helada, iba preparada a discutir pero de ahí a que me amenazaran de esa forma...”* (Cuaderno de campo, reunión de la Asociación el Parto Es Nuestro, 5/11/2007).

Queda perfectamente de manifiesto la forma en que las mujeres perciben estas relaciones de poder por parte de las profesionales. Así, por ejemplo las matronas, cuando en los partos las mujeres no siguen las orientaciones que les dan, utilizan diferentes acciones como regañarlas, hacer comentarios culpabilizadores (*“¡así va a tener algún problema el niño!”*) o infantilizantes (*“¡venga niña que has venido a parir!”*), pedir a sus parejas que las controlen y les digan que colaboren, e incluso gritarles... A través de estas actitudes intentan obligar a las mujeres a que sigan sus consejos, sin interesarse por los motivos por los que las mujeres no los siguen. Utilizando argumentos similares, las obstetras también persuaden a las mujeres de ciertos procedimientos:

“Yo quería la amniocentesis, con mis dos abortos anteriores, 38 años, no sabía si iba a volver a ser madre y quería estar tranquila. Y cuando se lo pedí la ginecóloga me dijo que si yo tenía algún problema psicológico o insistía muchísimo o iba a caer en una depresión o algo así, lo pedía por problemas psicológicos, pero no por otra causa, ni por edad, ni por antecedentes, ni por nada. Que si yo me agobiaba por nada que realizarían ese gasto. Entonces no hubo amniocentesis” (Laura, 38 años, tercer embarazo, no hijos/as, trabaja dentro y fuera de casa, Noceda).

Todo ello produce que, una vez superado el parto, las mujeres no necesitan ni quieren recordar estos detalles de sus partos, sobre todo cuando su criatura está bien (Montes, 2007:300). A su vez, estas cuestiones aquí analizadas explican por que algunas justifican las actuaciones profesionales aunque no las compartan, en pro de garantizar el bienestar, tanto suyo como de sus criaturas. Y cuando al día siguiente o a los dos días del parto son preguntadas siempre señalaban *“muy bien, mira qué bebé”* y no entran a valorar lo vivido. Es en las entrevistas en las que más surge esta información, especialmente cuando han sido realizadas una vez que ha pasado un tiempo desde la atención sanitaria, lo que permite una cierta distancia. Entonces, algunas reconocen

que lo han pasado mal y que hay aspectos que no pueden superar, como muestra el siguiente ejemplo:

“Sí, no me puedo quejar, tengo un niño hermoso, estoy bien, mi marido está conmigo. Pero no me olvido de cuando estuve en el paritorio. Sueño con ello, todos diciendo que no iba a poder parir, que estaba parada, y uno y otro a meterme mano, así hasta que me convencieron, y finalmente no pude parir. (Empieza a llorar. Silencio). Me siento mal porque no he podido parir, estoy enfadada con los y las profesionales porque no me ayudaron, aunque yo sé que no es culpa suya, pero ha pasado un año y yo no me olvido” (Julia, 40 años, un hijo y una hija, dos embarazos, trabaja dentro y fuera de casa, Noceda).

Estas experiencias negativas también han surgido cuando hemos ido llamando a las mujeres para quedar con ellas para hacerles la entrevista. Algunas decían “*no, no puedo todavía hablar tranquilamente del parto, necesito tiempo*”. Lo cual nos recuerda lo que señala Laura Gutman, que “*la mayoría de las mujeres guardan recuerdos de sufrimiento pero no tiene conciencia del maltrato que han recibido*” (2006:295). Y para hablar de ello necesitan tiempo, o la angustia se apodera de ellas, como en el caso descrito anteriormente.

Muchas de estas situaciones de maltrato se justifican, por parte del personal sanitario, debido a las condiciones de trabajo, a la falta de recursos humanos, a las demandas de otras mujeres, pero lo interesante, después de haber realizado nuestra observación, es comprobar cómo dejan de ser actuaciones puntuales para convertirse en prácticas cotidianas, que se normalizan y se naturalizan. Olvidándose, claro está, que las profesionales tienen siempre un margen de maniobra.

7.2. LAS MUJERES Y SUS TRABAJOS: DESENCUENTROS

Uno de los aspectos dónde mejor se aprecia la importancia de la información que necesitan las mujeres, de las demandas que en este sentido hacen en la atención sanitaria, es en lo relativo a sus trabajos. Porque el trabajo juega un papel fundamental en relación a la maternidad, asunto del que pasamos a ocuparnos en los apartados que siguen.

7.2.1. Las mujeres embarazadas no cuentan para el trabajo remunerado

En la presentación de la población de estudio (apartado 3.2.1.1.) señalamos que la mayor parte de las mujeres entrevistadas tenían un trabajo remunerado. De manera que, de las quince mujeres, ocho trabajaban, tres estaban “ahora en el paro” y cuatro

trabajaban sólo en casa. Una de ellas nunca había trabajado, Celia, que tuvo a su primera hija muy joven (la niña tenía 12 años en el momento de nuestra entrevista) y que estaba nuevamente embarazada. Es su pareja quien aporta los ingresos en casa, y ella ve difícil ya lo de trabajar fuera de casa. Casos como éste se observan pocos, algunos aparecen en las consultas de obstetricia cuando se les pregunta a las mujeres si trabajan o en qué han trabajado, o en los cursos grupales de preparación al embarazo. Son principalmente mujeres que superan los 40 años, como Celia, y también adolescentes. Pero sobre estas últimas sí se espera que entren en el mercado laboral, como por ejemplo Sandra, una chica adolescente que estaba estudiando y el apoyo económico lo recibía de su pareja y de su familia, quienes la acompañan e insisten en lo importante que es para que ella que estudie para conseguir un buen trabajo en el futuro, y ahora con más razón porque tendrá un “hijo”.

Ahora bien: la mayor parte de las mujeres entrevistadas señalaron las dificultades que tenían para acudir a las citas sanitarias o a los cursos, dificultades que normalmente se comentan con respecto a los hombres pero nunca las hemos oído mencionar en relación a las mujeres. Pongamos el caso de Sara:

“Aquí, desde que te quedas embarazadas, ya sabes que te van a echar. Te callas y esperas a que se note, pero luego en cuanto pueden, te dicen que ya no haces falta. Como estamos contratadas por obra y por servicio no tienes manera de pelear esto. Durante el primer trimestre y hasta el segundo, en el que me echaron, iba al médico de «extranjis», contaba alguna excusa para no ir ese día o llegar más tarde” (Sara, 30 años, primer embarazo, ahora en paro, Noceda).

Sería preciso relacionar estas vivencias “soportadas” por las mujeres, como la de tener que inventar excusas y buscar mil maneras diferentes para ir a la atención o a los cursos, con el uso de las urgencias, con la asistencia o no a cada momento del itinerario y con las decisiones que toman de optar por el control en un centro privado.

Otras mujeres manifiestan que se les ha relegado durante el embarazo, o después de la maternidad, a un puesto inferior. También que se les han puesto dificultades para acudir a las consultas o para tomarse reducciones de jornada, o a la hora de solicitar el riesgo laboral o de disfrutar íntegramente de la baja de maternidad, que son derechos que ellas tienen. De forma que viven sus trabajos con tensión porque no las apoyan ni les reconocen como corresponde su situación de gestantes y su maternidad, dato que se corrobora gracias a otras fuentes, que señalan que hasta nueve de cada diez mujeres ha sido víctima de lo que se está denominando “mobbing maternal” o “acoso a la mujer por ser madre” (*Madrid 20 minutos*, 4/03/2008).

Llama la atención al respecto la cantidad de mujeres que asumen con normalidad que, ante el embarazo y la maternidad, “por razones productivas”, las empresas utilicen estas estrategias; y también que el propio personal sanitario escuche y refuerce la normalidad de dichas situaciones, brindando por ejemplo argumentos compensatorios, como la mayor importancia de la maternidad frente al trabajo remunerado en la vida de las mujeres.

En ocasiones, al abrir la historia al principio del embarazo se pregunta por el trabajo, y sólo algunas obstetras (tres de las diez que han participado en la observación) indagan sobre las condiciones del trabajo y les transmitan consejos preventivos. De manera que, en rasgos generales, podemos decir que no se valora este área de la vida de las mujeres, ni las posibilidades que ofrecen determinados trabajos para cuidar su salud (descanso, alimentación, bienestar, cuidados y asistencia sanitaria) y su influencia en los malestares que aparecen en los embarazos (vómitos, ciáticas, dolores, cansancio, problemas de sueño, como los más repetidos). Tampoco se valora el doble trabajo de las mujeres (dentro y fuera de casa), ni las condiciones y efectos de las tareas domésticas, ni del cuidado de otras criaturas o de otras personas, ni el aumento de éste con la llegada de una nueva persona a la familia; y menos aún, se relaciona con sus vivencias en el epp ni con dichos malestares. Así, el trabajo doméstico no se estima como trabajo, algo que es especialmente importante cuando se defiende que, en el puerperio, los hombres están más cansados que las mujeres. Se considera que el desgaste lo produce el trabajo remunerado, no el trabajo doméstico, ni el haber estado embarazada, el parir, el puerperio y la lactancia¹⁶⁴.

7.2.2. Los trabajos de las mujeres

La mayoría de las profesionales indica a las mujeres que deben seguir haciendo una vida normal, desde la idea de que el epp son procesos fisiológicos y, por tanto, pueden y deben seguir con sus trabajos remunerados.

Sin embargo, en la propia consulta las mujeres describen las condiciones de sus trabajos, tanto físicas como psicosociales (horarios, jornadas largas, trabajo a turnos, tener que estar de pie, por ejemplo), que ellas vinculan con sus malestares, y que son la

¹⁶⁴ M^a Ángeles Durán (1978:58-59) analizó cómo el embarazo, el parto y el puerperio supone una absorción de su capacidades, a lo que habría que sumar el aumento de las cargas de trabajo –por los cuidados– y, a su vez, un consumo mayor de su capacidad para trabajar –se tienen menos energías porque el cuerpo las concentra en el epp–, lo que ha de ser incluido al valorar el trabajo doméstico de las mujeres en ese momento de sus vidas.

razón para no querer seguir trabajando y solicitar una baja durante el embarazo.

Veamos algunos ejemplos recogidos durante la observación:

“Marga tiene 25 años, está de 28 semanas de embarazo y es su primer embarazo. Trabaja en un supermercado, entra a las ocho y tiene turno partido. Como tarda una hora en ir a su casa, muchos días se queda en el trabajo y sale sobre las siete de la tarde. La mayor parte del tiempo lo pasa como reponedora y cajera, no tienen un cuarto para sentarse y descansar, sólo los vestuarios y el baño. Conforme avanza el embarazo se siente más cansada, le duelen las piernas y los pies, dice que tiene varices y las piernas hinchadas (no se las miran en la consulta)” (Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Villafranca, 19/06/2007).

“Candela es florista, es su primer embarazo, está de 24 semanas. Trabaja en un quiosco en la calle, no tiene baño, cuando descansa cierra el puesto y se va a un bar cercano a tomar algo. Se ha quedado embarazada en octubre, va a tener gemelos, con el frío se le hace cada vez más difícil estar en su trabajo. Se levanta a las 9.30 h. seis días a la semana y libra un día, que no es fijo. Su pareja comenta por su parte que podría dejar de trabajar, ella dice que no quiere estar en casa todo el día pero que no puede más” (Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Noceda, 24/10/2005).

“Izaskun, de 29 años, está de 33 semanas de embarazo, es su primer embarazo. Diagnosticada de riesgo por bajo peso del feto según la edad gestacional calculada médicamente. Trabaja de dependienta con turno partido, de mañana de 9 a 14 h. y de 17 a 20 h. Tarda 45 minutos en llegar en autobús al trabajo. Intenta ir todos los días a su casa a comer y a descansar un poco, lo cual es difícil porque cuando se entretiene o pierde el autobús llega justa para prepararse la comida y comer. Dice que se pasa todo el día fuera de casa, de pie, corriendo tras el autobús, teniendo que poner buena cara y que cada vez le resulta más difícil” (Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Noceda, 14/12/2005).

“Natalia, en el séptimo mes pesaba 90 Kg., (mide menos de 1.60 cm.). Trabaja en Merca Madrid, en una nave donde tiene que subir muchas escaleras, hay muchos cambios de temperatura, tiene que cargar algunas veces con peso. Tarda 1 hora en ir en coche. Allí tiene mucho estrés, los camioneros llegan con prisas, siempre exigiendo. Cuando termina, vuelve a su casa, a recoger a sus otras dos hijas (menores de 5 años)” (Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Villafranca, 03/05/2007).

Las mujeres señalan que comentar estas situaciones hace que sus profesionales las perciban como mujeres quejicas, débiles, que no quieren trabajar, o que “utilizan el embarazo” como una excusa para no trabajar y poder estar en casa descansando. Además, algunas también expresan que algunas mujeres aprovechan sus embarazos como un momento de sus vidas donde pueden llamar la atención de sus parejas, familias y entorno. Esto lo ven como algo normal, sobre todo en aquellas mujeres cuyas parejas parece que no las cuidan, y entienden que estos malestares no es necesario explorarlos ni buscar sus causas. Perciben que cada vez más mujeres se quejan y dudan

sobre la veracidad de estas historias, sobre si estas condiciones laborales les producen dichas molestias y sin saber cómo averiguarlo, más allá de confiar en la palabra de la mujer. Por lo que la respuesta que dan es ubicar que todas estas molestias forman parte de la idiosincrasia de cada embarazo, e insistir en que tales molestias no son enfermedades ni problemas.

Algunas de estas mujeres, bien por experiencias anteriores o por otras razones, tienen una percepción más de riesgo que de salud durante su embarazo, y tienen miedo de que las difíciles condiciones de sus trabajos puedan producir algún efecto sobre sus criaturas, por lo que reclaman estar sin trabajar para cuidarse y así evitar que puedan aparecer problemas. Esta demanda debería verse a nuestro entender más como una acción de autocuidado que de otro tipo, aunque el ámbito sanitario no lo vea así.

7.2.3. La protección laboral durante el epp

La información relacionada con la protección de la maternidad durante el embarazo, el parto y la lactancia es desconocida en la mayoría de los casos por el personal sanitario y por las mujeres usuarias¹⁶⁵.

En el Programa del área no existe ningún apartado que recoja estos aspectos, mientras que los programas de otras áreas sí lo incluyen¹⁶⁶. Existe un documento específico de aspectos legales publicado por el Instituto Madrileño de Salud Pública¹⁶⁷ dirigido a las mujeres, por lo que no contempla la necesidad de su manejo por las profesionales, aunque el ejercicio de estos derechos condicione la salud de las mujeres. Pero las mujeres siguen haciendo preguntas sobre estos aspectos legales.

Aquellas profesionales, especialmente enfermeras y matronas, con una formación más integral y más preocupadas por resolver las demandas de las mujeres, han ido recopilando por su propia cuenta esta información. Primero, a través de las propias embarazadas, y segundo, a través de otras compañeras como administrativas y trabajadoras sociales. Disponen así de los formularios vinculados a la tramitación del riesgo del embarazo, diferentes textos sobre los derechos para ausentarse del puesto de

¹⁶⁵ La Ley Prevención de Riesgos Laborales (1995) es la primera que reconoce la prevención de riesgos durante el embarazo. Posteriormente, la Ley de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral (1999) establece el derecho de prestación económica y del puesto laboral en aquellos casos en los que la mujer trabajadora no pueda cambiar de puesto. Además, con la Ley de Igualdad (2007) se amplían estos supuestos a un mayor número de mujeres, rebajándose los requisitos para la concesión de los permisos, y se asume los costes de estos derechos por la Seguridad Social.

¹⁶⁶ Por ejemplo los programas del área 8 y de otras Comunidades como la Valenciana.

¹⁶⁷ Su título es "La maternidad, la paternidad y la Ley. Conoce tus derechos". Referencia F142. Actualmente está deshabilitado pero ha permanecido disponible hasta mayo de 2006.

trabajo con el fin de acudir a los servicios sanitarios, derechos a la protección de la maternidad, las direcciones con horarios de los lugares para su tramitación, la documentación que se debe aportar, entre otros documentos. Sin embargo, esta información es limitada, ya que en situaciones especiales desconocen su regulación y, por otra parte, deben explicar y defender esta información ante la ignorancia de sus compañeras, especialmente de las obstetras.

Junto al desconocimiento de estos derechos se suma el de los riesgos específicos de cada ocupación, y de los recursos específicos que existen en la zona para asesorar a las mujeres sobre estos aspectos, ya que además de las oficinas de la Seguridad Social, en todos los municipios existen Centros de la Mujer con personal especializado.

En ocasiones, el desconocimiento señalado funciona como una barrera que impide a algunas mujeres disfrutar de sus derechos, pues el personal sanitario no quiere implicarse en conocer cómo son estos aspectos, y les comenta a las mujeres que todo esto lo llevan sus médicos y médicas de familia y en las mutuas o servicios médicos de sus trabajos.

Algunos casos que hemos recogido en el trabajo de campo en los que sí han sido relacionadas sus condiciones laborales con el proceso de epp, lo han sido porque las mujeres han advertido a las profesionales que podía haber riesgos para sus criaturas. Por ejemplo, Luisa, que trabaja como limpiadora en una empresa y tiene que manejar máquinas y productos de limpieza, al quedarse embarazada pregunta a su médica: *“¿Puede haber algún problema para el bebé? Yo ya estoy acostumbrada a los ruidos de las máquinas, a los olores fuertes, no sé, pero ¿el bebé lo puede notar?”* (Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Noceda, 16/02/2006). En esta ocasión, la obstetra amplió el tiempo de consulta, le preguntó con detalle sobre sus condiciones laborales y la invitó a visitar el servicio de salud laboral de su empresa. La mujer se situaba en el rol de madre que vela por el bienestar de su criatura y ni ella ni sus profesionales advirtieron o comentaron que sus condiciones laborales eran, en primer término, perjudiciales para ella como mujer trabajadora, además de perjudiciales para su embarazo.

En algunos casos las mujeres consiguen que sus obstetras les escriban una nota en su informe para presentar en su centro de salud. Esto depende de circunstancias, diríamos, ajenas a la propia mujer como sujeto de derechos, vinculadas a las visiones que tengan las obstetras sobre ellas. Y, por ejemplo, en el caso de las mujeres extranjeras constatamos que se les dice sistemáticamente que no se puede hacer nada y que tienen que esperar hasta el parto para poder descansar.

Todas estas consideraciones colocan al personal de obstetricia en una posición de poder ya que conceden o dificultan el ejercicio de estos derechos de las mujeres. Las profesionales no sólo no ven que lo que está en juego es la discriminación laboral de las mujeres –por la imposibilidad de ejercer unos derechos legales reconocidos que garantizan la igualdad de oportunidades durante el epp con respecto al resto de las mujeres y de los hombres–, sino que tampoco se tiene en cuenta la relación de estos trabajos con la salud ni con el embarazo.

Las mujeres refieren que en atención primaria la situación es igualmente arbitraria, según el personal médico que tengan. Así, Natalia, que ha vivido su embarazo muy bien, sobre todo en relación a los anteriores, en los que había tenido muchos problemas (en uno riesgo de aborto y en el otro la niña fue prematura), señalaba las condiciones de su puesto de trabajo, a lo que se suma que tiene otras dos hijas; al cambiar de médico consiguió que le tramitasen la baja por enfermedad. Así nos lo contó en la entrevista que mantuvimos con ella:

“Al señor médico de cabecera no se le ocurre decirme otra cosa que mi problema no era un problema, que en el mundo había miles de mujeres e incluso había mujeres que estaban arando la tierra y cargando con más hijos y mi caso no era excepcional, que por qué entonces me tenía que dar una baja. Semana tras semana yo iba y le decía, doctor, es que me duele por aquí, es que tengo otras dos hijas, que llego a casa y casi me tengo que acostar, que estoy muy cansada, que no puedo casi moverme, que es que no voy a llegar ni a la semana 35 que me va a salir prematuro igual que la otra. «No, no tienes ninguna enfermedad, por qué te voy a dar la baja, como te voy a dar la baja, es que las mujeres os creéis que estar embarazada es algo excepcional y no, no es nada excepcional». Pues vale, la siguiente vez, me cambie de médico de cabecera, di con una mujer encantadora y me dijo: « ¿qué haces así todavía trabajando? Venga toma la baja». Ya sí descansa un mes antes de dar a luz. El médico era muy antipático, muy misógino, muy misógino, muchísimo, te trataba como si estuvieras engañando o mintiendo, como si estuvieras diciendo que tienes una depresión para no trabajar, y no, no, yo no quería escaquearme del trabajo, yo sólo quería trabajar en casa, no coger el coche, quedarme en casa, cuidar de mis hijas, y hacer uso de mis bajas que para eso están, pienso yo” (Natalia, 37 años, dos hijas y un hijo, tres embarazos, trabaja sólo en casa, Villafranca).

Sin embargo, como no siempre ocurren así las cosas, en estas circunstancias a la mayoría de las mujeres sólo les queda aguantar y continuar con sus trabajos remunerados durante el embarazo, a pesar de sus malestares.

Algunas mujeres afirman que trabajar fuera de casa es una trampa, ya que no existen apoyos ni desde el ámbito sanitario ni desde sus trabajos, lo que provoca que la relación con el trabajo remunerado se vaya deteriorando. Por ello muchas refieren en las consultas que no quieren trabajar, y elaboran discursos sobre la idealización de las

mujeres que no trabajan y la dedicación a la crianza, aspectos que influyen en sus decisiones sobre su regreso al trabajo tras la maternidad, como veremos a continuación.

7.3. LA CONSTRUCCIÓN DE LA MATERNIDAD

En la atención encontramos una serie de aspectos que contribuyen a que el Ideal de la Maternidad, que presentamos en el marco teórico (2.3.2.4.) se siga manteniendo, lo que se concreta e interrelaciona en varios aspectos, pero sobre todo en la centralidad que se da a la maternidad en la vida de las mujeres al ser designadas sólo como madres, y en la creación del “vínculo materno-filial”. Pasemos a dilucidar estos aspectos tan importantes.

7.3.1. Designar a las mujeres como madres antes de serlo

En el ámbito sanitario se nombra a las mujeres como madres aun cuando todavía no lo sean, y aún cuando puede que no lleguen a serlo. Así, se emplea con mayor frecuencia el término “madres” que el de mujeres. Esto se observa tanto en los programas y protocolos como en otros documentos oficiales, además de, claro está, en los discursos elaborados por las profesionales.

De este modo, la experiencia de la maternidad se configura como algo innato que adquieren las mujeres desde el inicio de sus embarazos, y no como algo que se tuviera que ir construyendo. Sin embargo, a los hombres no se les nombra de la misma forma como padres, se habla más de pareja o de hombres, por lo que vemos que no se sobreentiende que ser hombre signifique ser padre.

También se puede interpretar esta designación como una forma de ir socializando a las mujeres para que comprendan que la tarea de ser madres va a constituir su “principal” papel en la vida y su “principal” rasgo identitario a partir de ese momento. Y así se da por hecho que la maternidad, y su deseo, es inherente al propio embarazo, sin abordar si todas las mujeres que tienen un embarazo lo quieren, por ejemplo.

Sobre esta cuestión tan delicada sólo se pregunta a algunas mujeres, a aquellas que poseen alguna característica que es juzgada por las obstetras como no adecuada para asumir el hecho de ser madre, como ser adolescente, no tener pareja, ser mayor, tener otros hijos e hijas, o ser inmigrante. Estas son las situaciones más frecuentes, aunque aparecen variaciones entre profesionales. En el resto de los casos se presupone que las mujeres aceptan la maternidad sin explorar otras condiciones de vida como si tiene pareja, el tipo de relación, su situación laboral, la existencia de otros hijos e hijas y otras

condiciones. Ni tampoco se considera que las mujeres puedan tener contradicciones y tengan razones tanto para querer ese embarazo como para no tenerlo, como ha ido surgiendo en diferentes momentos de las entrevistas:

“Yo sólo lloraba y me decía a mí misma « ¡esto no puede ser, ahora un hijo! », y cada vez me sentía peor, porque parecía que no quería a mi hijo. Tenía que ser feliz, ¡iba a tener un hijo, con lo que cuesta ahora quedarte embarazada! Pero para mí no era lo que quería. Nadie lo entendía: tenía una pareja estupenda, estábamos muy bien y por qué entonces no dejaba de llorar” (Natalia, 37 años, dos hijas y un hijo, tres embarazos, trabaja sólo en casa, Villafranca).

El “deseo de la maternidad”, más que ser una experiencia uniforme, está llena de contradicciones, a las que algunas mujeres posteriormente aluden para explicar sus malestares, sus miedos y ciertos sentimientos que las “agobian” (no sentirse completamente feliz, no sentir nada). Sin embargo, las respuestas de las profesionales no se dirigen a conocer estas tensiones, ya que lo que interesa en los casos de mujeres que señalan que no querían el embarazo o en los anteriores casos es si han decidido seguir adelante, aunque no se nombra inicialmente el término “abortar”¹⁶⁸. Algunas profesionales dejan que las mujeres se expresen libremente, pero en la mayoría de las situaciones se las anima a que sigan adelante desde el Ideal de la Maternidad, señalándolas las compensaciones que supone ser madre y la transitoriedad de estos sentimientos: “No te preocupes, verás como con el tiempo estás encantada”, “Si los hijos son lo más bonito de una mujer”, “Ya verás, si los hijos son una de las alegrías de la vida” (Cuaderno de campo, consultas de obstetricia, Noceda y Villafranca, varias fechas).

Esto es también compartido por el entorno de las mujeres, según lo manifiestan algunas personas acompañantes en las consultas sanitarias: “Si ser madre es lo más bonito de una mujer” (Mujer mayor acompañante); “Yo no entiendo que las mujeres quieran ser cómo los hombres si ser madre y formar una familia es lo más importante” (hombre acompañante) (Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Noceda, 03/11/2005).

Estas expresiones no permiten otras formas de vivir la maternidad y modelan a las mujeres para que perciban que lo más valorado es afirmar el deseo de ser madre y la felicidad ante este proceso¹⁶⁹. Todo ello opera en la dirección de construir un mito, o

¹⁶⁸ Se aprecia una falta de permisividad a discursos que rechacen querer tener hijos e hijas, de modo que la interrupción de un embarazo no es considerada una opción ni por el personal sanitario ni por las mujeres.

¹⁶⁹ Ante este tema también habría que añadir las dificultades que existen socialmente para reconocer que no se quiere ser madre o padre, aunque ya se haya sido. Aquellas mujeres que reconocen esto son categorizadas como de riesgo, tanto en el embarazo como en el parto y en el puerperio, y se levanta la sospecha sobre si cuidarán primero sus embarazos y luego a sus criaturas. Esto se observa en algunas chicas adolescentes que han estado acompañadas en todo el itinerario asistencial por sus madres, por un lado como apoyo pero también como necesidad de tutelaje. Las profesionales se dirigen a la madre en las interacciones sanitarias para decirle lo que tiene que hacer. Cuando dichas mujeres deciden no hacerse ciertas pruebas o cambiar su estilo de vida, perturban al personal sanitario por incumplir con sus deberes de madre, y aparecen comentarios, desde aquellos que sugieren retirar la tutela hasta los que señalan la

más bien de transmitírselo ya fabricado a la mujer, algo que luego no se sabe si se corresponderá con la realidad.

Como hemos mostrado en el anterior apartado, en el que reflexionábamos sobre la compleja relación entre el trabajo remunerado y las mujeres, en la atención sanitaria se emiten continuos mensajes que “dirigen” a las mujeres a que prioricen la crianza frente a sus trabajos remunerados. Encontramos por ejemplo los discursos acerca de la lactancia materna y del “vínculo materno-filial”, que señalan los beneficios para ellas y para sus criaturas y, desde ahí, argumentan que las semanas de baja deben ser para las mujeres. E incluso algunas profesionales sugieren la necesidad de ampliar esta baja a seis meses para poder cumplir las recomendaciones de la OMS (1985) acerca de la idoneidad de la alimentación de las criaturas exclusiva con leche materna en ese periodo.

Se estimula, se refuerza y se alienta a las mujeres a que centren sus vidas en la maternidad, y se advierte a aquellas que optan por la lactancia artificial o plantean que sus parejas disfruten de la baja maternal, todos los inconvenientes que conllevan estas elecciones. Lo cual no sucede al contrario, es decir, a las mujeres que quieren lactancia materna y disfrutar de la baja de maternidad no se les explican los inconvenientes que esto supone para ellas, para sus criaturas y para sus parejas.

En los protocolos y en los documentos escritos, la parte dedicada al puerperio y a los cuidados de las criaturas se dirige a las mujeres, y en ellos se excluyen contenidos como la lactancia artificial y las alusiones a los hombres. Este hecho provoca que tanto las mujeres como los hombres entrevistados normalicen la situación, es decir, que sean ellas las que deban encargarse de la crianza por la lactancia materna y vincularse con la criatura¹⁷⁰.

Esto especialmente se observa en los cursos grupales del embarazo y puerperio, que parecen convertirse en los nuevos espacios de “maternalización de las mujeres”, donde las profesionales van a formar a las mujeres no sólo en el seguimiento de las pautas sanitarias, sino también en cómo ser madres. Así lo reflejan algunos de los nombres de estos cursos, como Preparación para la Maternidad, que nos remiten a que los asuntos

ignorancia, falta de responsabilidad o incompreensión por no querer a un “bebé”. Una obstetra comentaba al respecto: *“En casos como éste nos damos cuenta de que no queremos que las mujeres no sean madres. Si yo la hubiera visto en la primera consulta, le habría planteado hacer algo, pero esto no gusta y luego nos escandalizamos cuando vemos que es que ella no quiere y ni siquiera su madre puede llevar camino de ella”* (Alonso, obstetra, cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Villafranca, 18/04/2007).

¹⁷⁰ Se están empleando los términos maternidad feminizada y maternidad masculinizada para diferenciar las tareas que pueden realizar los hombres y las mujeres durante la maternidad. Valoramos que este tipo de clasificaciones conducen a exaltar las diferencias, a dar por sentado que hay acciones propias, “naturales”, de los hombres y de las mujeres, y a invisibilizar las similitudes entre ambos.

que interesan a la atención sanitaria van más allá del parto, y se relacionan con la tarea de instruir a las mujeres en su nuevo rol. La importancia de estos cursos se mantiene, en la medida que las profesionales perciben que las mujeres carecen de los conocimientos necesarios, y éstas a su vez manifiestan que precisan el saber de los expertos en estos asuntos, deslegitimando de este modo, entre otros, los saberes de su entorno sobre la maternidad.

Pero los conocimientos recibidos van más allá de lo sanitario, y las profesionales introducen a las mujeres en modelos de maternidad basados en elementos como el “vínculo madre y criatura”, la trascendencia y el impacto del nacimiento sobre la vida, el “instinto maternal” y la lactancia materna, entendiéndolos como elementos prioritarios que van a garantizar y a promover el desarrollo de sus criaturas. Y todo ello acompañado de una socialización de las emociones en la felicidad que va a aportar no sólo el haber tenido a la criatura sino también el saber que lo está haciendo bien.

7.3.2. El vínculo con la criatura: el contacto piel a piel y la lactancia materna

Al ir cobrando más relevancia en la asistencia obstétrica el enfoque fisiológico y los discursos acerca de los derechos de las criaturas, encontramos un mayor número de profesionales que explican la necesidad del “vínculo materno-filial”. Además, ésta se propone, desde diferentes ámbitos, como una de las estrategias más solventes a la hora de humanizar la atención al parto.

Este vínculo se describe como un hecho derivado del “instinto maternal” o de la “impronta”, necesidad de acoplamiento y apego madre-bebé que se produce inmediatamente después del alumbramiento, y que se argumenta como una característica de todas las hembras mamíferas para dar calor, alimento y protección a sus criaturas. En esta dirección apunta Odent cuando señala que *“la impronta postparto crea el enamoramiento, el vínculo para que el cuidado de la criatura quede garantizado durante toda la extero-gestación, aproximadamente un año”* (2007:60). Por tanto, el vínculo surgiría de una necesidad biológica de la criatura y de la “madre”, que se da en todas las “madres” y que es imprescindible, en primer lugar, para el desarrollo y bienestar de la criatura, pero, en segundo lugar, también para el desarrollo y bienestar de la propia “madre”.

Mediante el “contacto piel a piel”¹⁷¹ y la lactancia materna, que son las dos principales actividades que se piden que realicen todas las mujeres con sus criaturas tras el nacimiento, y es como se crea el vínculo tal y como lo encontramos definido. Vínculo que debe iniciarse lo más tempranamente posible, en las primeras dos horas posteriores al nacimiento mediante el “contacto piel a piel” y la lactancia materna (OSM–MSC, 2008:73). Claro que también encontramos variaciones al respecto entre profesionales. Algunas matronas señalan que lo más importante es que el vínculo se establezca en los primeros cinco minutos tras el nacimiento, es decir, abogan porque no exista separación entre la madre y la criatura, y que nada más nacer sea colocada en el pecho de la madre. Otras profesionales señalan, en cambio, que el proceso debe alargarse hasta los primeros 60 minutos de vida. Estas posiciones, encontradas en cuanto al tiempo, sostienen sin embargo que los cuidados establecidos en los protocolos al nacimiento de las criaturas, siempre que no existan problemas, deben posponerse hasta que se haya creado el vínculo. Este contacto es el que permitiría que la criatura inicie la lactancia materna, pues se describe que “espontáneamente” se enganchará al pecho, y el inicio más tardío del contacto producirá que su “instinto” no se ponga en marcha con la misma efectividad.

Los principales beneficios que se destacan los resumimos en la siguiente tabla:

Tabla 16. Beneficios del contacto piel a piel y la lactancia materna.

Beneficios	Contacto piel a piel	Lactancia materna
Mujer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución del tamaño uterino ▪ Menos experiencias emocionales negativas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menor riesgo de enfermedades: diabetes, cáncer de pecho y ovario ▪ Menor depresión materna
Criatura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejor adaptación extrauterina: estabilidad cardiorrespiratoria, recuperación del estrés, normalización de glucemia, equilibrio ácido–base y temperatura ▪ Menor llanto ▪ Mayor duración de lactancia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menor riesgo de enfermedades: otitis, gastroenteritis, infecciones respiratorias, dermatitis, asma, obesidad, diabetes, leucemia, síndrome de muerte súbita y enterocolitis

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de OSM–MSC, 2008:70–74.

Las profesionales que defienden estas visiones, explican a las mujeres estos beneficios que suponen el contacto y la lactancia para las criaturas, en base a diferentes estudios científicos. Y, sobre todo, se insiste en la importancia para la adaptación a la vida

¹⁷¹ “Se conoce como contacto precoz el contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre, nada más nacer. Es práctica habitual en los países nórdicos desde los años 70. La mayoría de los trabajos se han publicado en recién nacidos a término sanos, pero se puede practicar en bebés prematuros, siempre que sea tolerado por la madre y su hijo” (Gómez Papi, [sin fecha]:1).

extrauterina y para el desarrollo físico y emocional posterior de la criatura (como se defiende en el planteamiento de “Salud primal”, mostrado en el apartado 2.3.2.4.) y para la lactancia materna.

En algunos casos como cesáreas, se está proponiendo actualmente que se incluya hacer el contacto siempre que la situación de la madre y de la criatura lo permita y, si ello no es posible, entonces que quien realice el “contacto piel a piel” sea el padre, algo que se denomina “método canguro”¹⁷².

Para el establecimiento del vínculo se requiere que la mujer esté concienciada de la importancia que supone hacer “uso” de estas ventajas, ventajas que se transmiten desde el inicio del embarazo. Y, por consiguiente, que tenga claro que debe anteponer estos beneficios a sus apetencias y querencias, de modo que por ejemplo después del parto prefiera tener durante este tiempo a la criatura sobre su pecho antes que hacer cualquier otra cosa. De modo que las necesidades que las mujeres puedan tener, como descansar unos minutos, no “aparecen” por el gran número de beneficios que supone lo anterior. Asimismo, no se indican los inconvenientes que puede tener colocar desde tan temprano las necesidades de la criatura en la experiencia de la maternidad y en la vida de las mujeres, entre otras cosas también con respecto a sus parejas. Estos discursos, basados en estudios científicos, que habría que evaluar, en lecturas biologicistas y psicologicistas del vínculo, se presentan como “verdades incuestionables”.

A partir de ahí, se entiende la maternidad y la crianza como acontecimientos dependientes de que, en efecto, se haya construido el “vínculo” entre la díada madre y criatura, y que se apoye la creación del mismo durante el primer año de vida. De ello dependerá, por ejemplo, que las mujeres tengan habilidades para el cuidado y la crianza, para conciliar y desarrollar sin conflictos todas las tareas que requiere la misma. En este sentido nos comentaba una obstetra que de estas cuestiones dependía *“el don de las mujeres para superar esta etapa”* (Pedro, obstetra, 50 años, padre, Noceda).

Lo que se evidencia, una vez más, es la idea del supuesto instinto maternal, indicándose que aquellas mujeres que no poseen esas habilidades es porque no han sabido buscar dentro de sí mismas, como apunta Fernández del Castillo: *“las mujeres deben confiar en su naturaleza, en su interior está escrito lo que es mejor para ellas y para sus bebés”* (2006:148).

¹⁷² El “método canguro” es *“la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término. Sus principales características son: contacto piel a piel temprano, continuo, la lactancia materna exclusiva, se inician en el hospital y pueden continuarse en el hogar”* (OMS, 2004:2).

Con estos argumentos se excluye, claro está, que el apego o vínculo con la criatura se pueda ir construyendo, pueda ser el resultado de una experiencia entre la criatura cuidada y las personas que la cuidan, y que en el caso de la mujer pueda ir surgiendo en la medida en que avanza su embarazo, se sucede el parto, se recupera del mismo, va relacionándose con su criatura y descubra habilidades propias para el manejo de dichas situaciones... Es decir, se olvida que las experiencias de la maternidad dependen sobre todo de la cultura, de lo que se ha aprendido socialmente y no de la “naturaleza” y de lo “innato”.

El resultado de las lecturas basadas en lo “instintivo” es que encontramos a mujeres y profesionales que plantean experiencias muy positivas de la maternidad, destacan las ventajas de la femineidad, de poder ser nutricia, *“el encuentro sagrado que representa la lactancia”*, o el vínculo con la criatura. Con estas lecturas y consideraciones lo que hacen es reforzar, en más de un sentido, el Mito de la Maternidad, justificando cuestiones –también señaladas en el capítulo 2 de nuestra investigación– como que la maternidad es lo que completa a la mujer, y que el vínculo de necesidad entre las madres y sus criaturas es decisivo (Oakley, 1974:176). Entre nuestras informantes sólo una de ellas se posicionaba de esta manera y luego otras mujeres de las asociaciones:

“Nos educaron para tener unos estudios y un trabajo, para que fuéramos libres al decidir parejas, pero la verdadera fuente de la felicidad es ser madre, lo que realmente nos realiza en esta vida es estar con nuestras criaturas, al atenderlas nos vamos haciendo” (Hortensia, 30 años, segundo embarazo, una niña, trabaja sólo en casa, Noceda).

“Para mí lo mejor es esa necesidad de juntarnos, de estar unidos, en el pecho, así estoy descubriendo lo que es ser mujer” (Marina, reunión Asociación El Parto Es Nuestro, 10/10/2004).

Se argumenta de este modo que el vínculo social, original, básico, es la unión de la madre y el hijo, que es el que permitirá otras relaciones humanas y una sociedad diferente, es decir, no patriarcal. Pues todo ello supone *“el puente entre la vida pública y privada, colectiva e individual, profesional y familiar, económica y doméstica, naturaleza y cultura, orgánica y anímica, emocional e intelectual, ética y científica”* (Aler, 2000:29). Entre los factores que se nombran para el no establecimiento del “buen vínculo” se encuentran la falta de información de las mujeres sobre estas cuestiones, el que no hayan tenido “partos fisiológicos”, la incorporación al trabajo remunerado, la brevedad de la baja maternal y la deshumanización de la atención.

Estas ideologías, como vemos, construyen la existencia de un único modelo de maternidad, marcándose una visión diferencialista y excluyente de los hombres (y de aquellas mujeres que no lo vivan así), donde no se incluyen los factores sociales y

culturales que elaboran esta unión¹⁷³, olvidando a su vez la pluralidad de sentimientos y de significados que puedan vivir las mujeres (u hombres) con respecto al vínculo con sus criaturas.

Por tanto, siguiendo el hilo de nuestras reflexiones, vemos que por debajo de esta necesidad del vínculo emergen los derechos de las criaturas y una ideología occidental de la maternidad (Esteban, 2000:223), que es presentada como un saber científico, pero a través de la que se reproduce un modelo en el cual las mujeres siguen vinculadas con las criaturas, modelo que debe ser aceptado por todas las mujeres sin tensiones ni contradicciones algunas, y que influye en su subordinación social.

Afortunadamente, también encontramos algunas profesionales que se colocan en otra posición ante estos discursos, y comentan por ejemplo:

“Yo cuando veo a las mujeres les pregunto cómo están para que dejen de sentirse tan culpables con lo que deberían sentir. Es difícil, claro, de repente tienes una cosa ahí fuera, que no es que no lo quieras, pero claro, te quedas ahí parada, superada. Las mujeres no tienen instinto maternal, el instinto se va construyendo, y a veces se piensa que las madres biológicas lo van a tener y en realidad se necesita un tiempo” (Julieta, obstetra, 40-45 años, madre, Villafranca).

Estas posiciones dan cabida a las contradicciones y tensiones que pueden encontrar las mujeres. Y como hemos ido recogiendo, a lo largo de nuestra investigación, aspectos relacionados, precisamente, con el complejo entramado de dilemas, contradicciones y tensiones que “aquejan” a las mujeres, es hora de abordar tan importante cuestión en el siguiente apartado.

7.3.4. Las contradicciones de la maternidad en la vida de las mujeres

A pesar del discurso uniforme que se pretende aportar sobre la maternidad, las mujeres, en sus vidas, constatan las dificultades de vivir este Ideal en relación a la lactancia materna, a la situación emocional tras el parto, a las exigencias del cuidado y del trabajo doméstico e incluso a la necesidad que surge de disfrutar de un tiempo de soledad.

Como subrayábamos en el apartado anterior, a todas las mujeres se les recomienda la lactancia materna por todos los beneficios que conlleva, especialmente en la zona de Villafranca, por ser su Hospital Amigo de los Niños. Sólo algunas profesionales les dan la opción de que decidan cómo quieren alimentar a sus criaturas, por lo que

¹⁷³ A este respecto es interesante la aportación de Scheper-Hughes (1995:329), que muestra cómo el amor maternal es una experiencia que se construye, enfrentándose a las ideas que defienden que el amor hacia las criaturas se da como algo natural.

comprenden las dificultades de algunas mujeres en este delicado asunto. Porque, en términos generales, se considera que aquellas que deciden no dar este tipo de alimentación lo hacen por falta de información, porque desconocen sus ventajas.

Así, muchas mujeres empiezan a dar de mamar a sus criaturas, pero ante las dificultades que encuentran, según el apoyo con el que cuenten, especialmente de sus profesionales, comienzan a pensar en darles alimentación mixta o en dejarlo. Sin embargo, la lactancia materna no es un asunto tan sencillo como sugieren, y en el servicio de puerperio nos encontramos a mujeres que opinan así. Por ejemplo, Mercedes, una de nuestras informantes me relató lo siguiente:

Mercedes: “Estoy muy mal, anoche quería un poco de biberón para el bebé, para que durmiera y yo poder también descansar. Me dijeron que no, que si me lo daban tenían que retirar la lactancia y darme las pastillas. Yo sólo quería un poco de leche para que el bebé durmiera y descansar. Pero claro, como éstas son defensoras de la lactancia materna.... Yo no estoy de acuerdo. Son muy radicales. (Llora). Es que tengo este pezón invertido y me han ayudado algunos, pero poco, todavía no se ha enganchado, me han dicho lo de la jeringa, pero aquí con tanta gente... (Comparte habitación con otra mujer) Prefiero hacerlo despacio en casa (Sigue llorando)”.

Investigadora: Le pregunto si es su primer hijo y me dice que no, que tiene otro de tres años. Le pregunto si el otro también lo tuvo aquí.

Mercedes: “Sí, fue aquí, no ha habido cambios en ciertas cosas, siguen igual de estrictos con la lactancia. Yo en el otro caso no estuve mucho, porque me puse las pezoneras, me dijeron que era lo mejor, en casa veía como el niño se agobiaba, no podía comer con el plástico y yo pensé que sufría y lo dejé. Además, con las pezoneras, unos que sí, otros que no. Además, la otra vez me hizo muchas grietas. Sólo me quiero marchar a casa, y luego probar y haré lo que yo quiera”.

Investigadora: Le preguntó qué tal en su centro de salud.

Mercedes: “Fatal, la pediatra también es defensora de la lactancia, la otra vez me dijeron que le diera la leche con jeringuilla y, claro, fue un agobio. La matrona piensa que es que yo no quiero. Como ahora Sergio tiene asma ella me dice que si le hubiera dado el pecho no hubiera pasado. Así que me iré a casa y ya veré lo que hago y lo que digo” (Mercedes, 30-35 años, segundo embarazo, dos hijos, trabaja dentro y fuera de casa, Villafranca).

Por tanto, no solo la lactancia materna no se ve como un derecho, se presenta como la única recomendación sanitaria, donde no se tienen en cuenta los deseos y situaciones de las mujeres, los costes y las dificultades para la misma, sino que se les culpabiliza de los problemas de sus criaturas. En entrevistas como la anterior y en otras muy similares, las mujeres muestran, manifiestan la ambivalencia que sienten entre querer dar de mamar a sus criaturas y no poder por los inconvenientes que conlleva. Así lo explicaba Natalia:

“La lactancia para algunas puede ser bonito, pero yo creo que para la mayoría es un enorme sacrificio, es que lo es, es un sacrificio, no puedes ir a la peluquería, no puedes dejarle el niño a tu madre porque quieres ir al cine. Y es que hoy en día este niño no ha dormido fuera de mí ni un solo día. No le puedes dejar, a las seis de la mañana te pide leche, está muy enmadrado, y tu vives sólo para él” (Natalia, 37 años, dos hijas y un hijo, tres embarazos, trabaja sólo en casa, Villafranca).

Se ha dado el caso de observar en nuestra investigación que algunas profesionales vinculan el hecho de que ciertas mujeres no den de mamar a sus criaturas a que no querían ser madres. No contemplan por tanto que la maternidad se viva con contradicciones, como nos confirma en el siguiente ejemplo una enfermera del servicio de puerperio:

“Te das cuenta enseguida, en cuanto entras en una habitación, quien quería ese hijo, si la madre o el padre. Ves de todo, desde mujeres que no querían ser madres y se han sentido obligadas pero luego no quieren ni darles el pecho, ni atenderles. En cambio hay padres que se desviven” (Saray, enfermera, 30–35 años, no madre, Villafranca).

Por otra parte, también se recomienda que la lactancia sea a demanda de la criatura, lo que en determinados momentos como al principio supone una dedicación exclusiva a la criatura, sin límites, este hecho enlaza con la definición de maternidad intensiva dado por Hays (1998:49). Se une así esta demanda continua a las exigencias de tener que volver a casa y encargarse de lo doméstico, atender a todas las visitas que vengan a ver al nuevo miembro de la familia; hechos que producen que algunas mujeres nos señalen que no podían hacerse cargo de todo, apareciendo una serie de contradicciones y culpas que no les ayudaron a vivir bien y disfrutar de la maternidad:

“Yo quería estar sola, sola con mi bebé, ni siquiera quería estar con mi pareja, y que la familia se empeña en venir a verte, en que él estuviera contigo todo el rato, y que parece que eres una borra si no les quieres ver, que además lo quieren ver es el bebé, y es muy difícil decirles que no. En el primero te callas mucho, lo pasas muy mal, todo el día sola en casa con el bebé en la teta, a veces no puedes ni preparar la comida. Le llamas para que pare en el bar de enfrente y traiga algo de comida. Él ni lo entiende” (Sonia, 35 años, segundo embarazo, una hija, trabaja dentro y fuera de casa, Noceda).

La invisibilización de los conflictos, la presunción de la felicidad que implica la maternidad y de la aceptación de todas sus consecuencias, y la consideración de que en base a ser mujeres deberían saber manejar todas estas situaciones descritas en el ejemplo, conduce a que, cuando esto no se da, se explique desde la alteración y la existencia de problemas. En este caso la tristeza¹⁷⁴ o depresión puerperal sirve como un

¹⁷⁴ Maroto (2004:20) define la tristeza como un episodio de corta duración, caracterizada por algunos síntomas como el llanto o la inseguridad, y relacionada con el inicio de depresiones más graves.

cajón de sastre, una bolsa amplísima donde se incluyen todas estas situaciones y problemáticas y, claro, desde ahí no se revisan las condiciones reales de las mujeres ni los modelos que se emplean para referirnos a la maternidad, que más que estar centrados en las necesidades y expectativas de las mujeres conducen a desarrollar situaciones de culpabilidad y etiquetar problemas o riesgos para la salud mental.

A este respecto, González de Chávez (2001:23–35) describe que la madre definida como buena debe eliminar algunos rasgos como el egoísmo, el erotismo y la hostilidad, a la vez que no debe dejar transparentar sus ansiedades, necesidades, preocupaciones y conflictos. Esto lleva a una autocensura que impide verbalizar y/o elaborar los pensamientos y los sentimientos negativos que pueden acompañar al epp¹⁷⁵.

En algunas entrevistas, ciertas mujeres reconocen la falta de tiempo propio, las dificultades para moverse por lo público: *“Ellos pueden salir, van al trabajo, (...) a nadie le parece mal que se paren a la vuelta del trabajo a tomar algo, pero dime, ¿tú puedes con un bebé meterte en un bar a tomarte una cerveza, recién parida? Eso es imposible”* (Julia, 40 años, un hijo y una hija, dos embarazos, trabaja dentro y fuera de casa, Noceda).

Algunas mujeres, como Natalia, Julia, Cristina y Carmen, manifestaron lo bien que les había hecho la entrevista porque habían podido expresar sus malestares. Otras, como Julia y Cristina, comentaron que era la primera vez en todo el proceso del epp que trataban estos asuntos que tan mal les hacían sentirse.

Por consiguiente, parece urgente preguntarse por el aislamiento emocional que producen los discursos hegemónicos que no permiten que haya mujeres que puedan expresar sus experiencias diferentes a las que el modelo indica. Se olvida así la necesidad de tener una vida autónoma al margen de la maternidad (para ir al cine, salir un rato, irse de compras, quedar con alguien), aspecto en el que coincidían la mayoría de las entrevistadas.

En cambio, otras mujeres no hablaron de forma negativa de su experiencia, pero en la primera visita postparto (en torno a los diez días del nacimiento de la criatura), solicitaron a las matronas métodos anticonceptivos. Las matronas valoraron que era muy pronto para iniciar relaciones sexuales de penetración, pues éstas no son

¹⁷⁵ Esto explica que cuando se pregunta en las entrevistas, y cuando las mujeres intentan sintetizar su opinión sobre la misma, la valoración es siempre positiva, lo cual no significa que no hayan existido tensiones, conflictos, sentimientos contradictorios, y que actualmente siga habiéndolos. Notamos cierto tabú para reconocer esto públicamente, aunque sea delante de una investigadora que era conocida previamente y con la que se había entablado una relación de cierta confianza. Porque la falta de deseos, de sentimientos positivos, de correspondencia entre lo que se esperaba y lo que se encuentra, las frustraciones, etc, son muy difíciles de reconocer, entre otras cosas porque dependen a su vez de la socialización previa que hayan tenido las mujeres, y de la capacidad de reconocimiento de ciertos aspectos como la culpa. Además, como suele ocurrir, el que no exista un reconocimiento en el ámbito sanitario de estas contradicciones refuerza su invisibilización y negación.

recomendadas por el riesgo de infección y apertura de los puntos. Pero al conversar con las mujeres, lo que manifestaban es que no quieren volver a quedarse embarazadas sin querer y repetir esa experiencia. Todas las mujeres aceptan y no se arrepienten de tener a sus hijos o hijas, pero algunas reconocen que no querían un embarazo y que no quieren repetir esta situación en un futuro.

En consecuencia, autoras como González de Chávez (2001:30-31) e Imaz (2003:5) enfatizan la necesidad de proporcionar y construir otras metáforas para referirnos a la maternidad y paternidad, que permitan recoger sus vivencias y las tensiones que conllevan.

7.3.5. La continuidad de las mujeres en el ámbito reproductivo

En nuestro estudio todas las mujeres (tanto las entrevistadas como las que han participado en la observación) han disfrutado de la baja maternal, no porque se haya decidido en la pareja, sino porque se ha considerado que era lo “normal”.

Sin embargo, después de transcurrido el tiempo de la baja, las mujeres tienen que elegir cómo organizar la crianza, lo que está sujeto principalmente a dos hechos: a los discursos sanitarios que han recibido sobre la importancia de la maternidad por un lado, y a que sean ellas las que se dediquen al cuidado de sus criaturas, por el otro. Y, a su vez, a otras coordenadas personales, entre las que podemos destacar su relación con el trabajo remunerado y las posibilidades económicas que posean. De este modo, hay un grupo de mujeres que priorizan dedicarse a la crianza y a lo reproductivo, frente a otro grupo que compatibilizarán la crianza y lo reproductivo con el trabajo remunerado.

En el primer grupo señalado, aquellas que eligen dedicarse a lo reproductivo y la crianza frente al trabajo remunerado, uno de los hechos que determina esta elección es el que hayan tenido una relación problemática previa con el trabajo remunerado, que no sólo se limita al embarazo. Como hemos visto, algunas mujeres relatan experiencias negativas con sus trabajos remunerados, de forma que ante el nacimiento, y siempre que su situación económica y familiar les permita asumir esa falta de ingresos provenientes de su trabajo fuera de casa, deciden centrar sus vidas en la maternidad.

Las mujeres que eligen esta opción no aluden a los efectos negativos que puede tener a medio y corto plazo el abandono del mercado laboral (como la pérdida de derechos para la cotización o la falta de oportunidades para luego volver a él), sino que centran sus discursos en los beneficios que supone esta elección para ellas y para sus familias.

Constanza Tobío (2005:115) señala, por ejemplo, que renunciar al trabajo remunerado es una de las estrategias que utilizan las mujeres trabajadoras para la crianza, ya que resulta difícil articular lo que es mejor para sus hijos e hijas y las malas condiciones laborales que no acompañan para su cuidado¹⁷⁶. Es decir, ante la existencia de discursos que defienden que lo mejor para las criaturas es que las mujeres no trabajen, si ellas económicamente pueden permitírselo, optan por estar en casa y dedicarse a su cuidado, con lo que dichos discursos se ven así “actualizados”.

No obstante, aunque todas señalen que económicamente pueden permitirse llevar esta situación, no dejan de reclamar los pocos recursos de centros públicos que existen para el cuidado de las criaturas y el alto coste de los privados, como otro de los elementos que ha influido en esta elección.

Otros aspectos que conlleva el trabajo remunerado, como el acceso al “propio” dinero, no se plantea como un conflicto y se da por sentado que, en las parejas, los ingresos se distribuyen equitativamente y el no trabajar y recibir ingresos económicos no les va a suponer una dependencia de sus parejas. Además, la importancia del dinero se vuelve más invisible en la medida en que las mujeres señalan que, a pesar de no trabajar, ellas pueden y tienen acceso al dinero no sólo para los gastos de la casa y de la crianza, sino que también pueden invertir ese dinero en ellas mismas, en sus cosas. Algunas mujeres señalan que ellas tienen menos gastos y esto lo presentan como una característica propia de las mujeres, sin vincular este hecho con que pasan más tiempo en el ámbito doméstico. Algunas sí valoran las dificultades de no disponer de ingresos propios, de tener dinero para sus cosas y su autonomía actual y futura, especialmente en momentos de crisis como separación, mayor demanda de gastos de los hijos e hijas, por ejemplo. Pero todas minimizan estas cuestiones a favor de la crianza y los beneficios familiares que supone para ellas estar en casa. Como apuntan al respecto Capitolina Díaz y Cecilia Díaz, *“las mujeres no señalan conflictos a pesar de la asimetría en el gasto y el control del dinero”* (2004:93).

En este grupo habría también que situar a mujeres en la situación de Natalia y Cristina, que reconocen que no han tenido elección por falta de redes familiares con las que contar para la crianza. Aunque ambas señalen que los beneficios de esta opción no representan una exaltación de la experiencia de la maternidad y la centralidad que la maternidad ocupa en sus vidas, como hacen otras mujeres.

¹⁷⁶ Nuria Chinchilla, directora del Centro Internacional Trabajo y Familia, señala que el 95% de las directivas españolas cree que el permiso de maternidad provoca una situación de conflicto y una de cada cinco renuncia a él para evitar problemas y consecuencias en su carrera laboral.

A pesar de todo, el conjunto de las mujeres entrevistadas conciben esta retirada del mercado laboral como temporal, y todas ellas manifiestan que cuando sus hijos e hijas sean mayores volverán a trabajar. La diferencia estriba entre aquellas que valoran lo significativo que es el trabajo siempre para las mujeres y que valoran las consecuencias negativas que tiene “no trabajar fuera de casa”, frente a las que priorizan la maternidad y excluyen estas cuestiones de sus vidas.

Entre las mujeres que renuncian a sus trabajos remunerados a favor de su maternidad, bien por sus biografías vitales diferentes o por otros motivos, encontramos todos los niveles educativos, clases sociales e incluso algunas valoran enormemente su autonomía como mujeres y su libertad de decisión:

“Cuando me pidieron que hablara de mi maternidad, yo supe que tenía que contar todas estas diferentes formas de ser madre, porque todas al fin y al cabo, terminan siendo lo mismo, la expresión del amor único por la vida y el deseo de transgredir el tiempo, dejando en nuestro entorno la herencia más importante, la de transmitir unos valores que nos hagan sentirnos orgullosos de ser los seres humanos que somos” (Relato del libro de M^a Jesús Blázquez, 2007:49)¹⁷⁷.

“Las mujeres del Siglo XXI saben cosas y ocupan puestos que a las mujeres de antaño les estaban vedados, pero han dejado de saber hacer muchas, muchísimas cosas y, entre ellas, han olvidado que el papel principal de una mujer es ser madre, que la clave del porvenir de la Humanidad está en sus manos, que se les autoriza a hacer todo lo que haga un hombre, pero que lo más importante de cuanto una mujer hace es parir, amamantar y educar hijos, cosa que no puede hacer ningún varón. Y esta tarea se la están dejando quitar, con el señuelo de ser iguales que el hombre, como si en esa utopía consistiera la felicidad” (Ruiz Vélez, 2009:25).

A su vez, cercanas a estas posiciones encontramos a determinadas asociaciones y profesionales, adscritas a lo que hemos llamado enfoque fisiológico, que manifiestan la idea de que abandonar la crianza es reforzar el orden social masculino productivo frente al cuidado y lo afectivo. Y desde ahí piensan que las mujeres que se incorporan a su trabajo remunerado y delegan el cuidado en otras personas –aunque sea el padre– no están cuestionando el orden jerárquico establecido. Otros aspectos que se valoran como patriarcales es el de no prestar atención a las necesidades de las criaturas, definidas por la naturaleza, en esta etapa tan esencial para su desarrollo, y no promover una visión feminizada de la vida. Así, en el periódico *El País* apareció un artículo en que se cuestionaba la opción de la Ministra de Defensa, acerca de compartir la baja maternal con su pareja, pues conllevaba, más que un modelo de igualdad, una abandono de la maternidad con las consecuencias señaladas, tanto para la mujer como

¹⁷⁷ En este libro titulado *Maternidad y Paternidad: mujeres y hombres escriben sus experiencias*, se recogen relatos sobre experiencias tanto de madres como de padres, que giran en torno a la importancia del ser madre y la crianza.

para la criatura. Con estos argumentos lo que advertimos es que se remarcan las diferencias entre los hombres y las mujeres y se excluyen las condiciones que tienen las mujeres.

El segundo grupo que hemos identificado lo constituyen aquellas mujeres que volverán a sus trabajos remunerados. Aunque reconozcan también la falta de sensibilidad del ámbito laboral acerca del embarazo y la crianza, a su vez en sus discursos significan las aportaciones que conlleva volver a trabajar después de la baja maternal.

Surgen, aquí también, una gran diversidad de situaciones, desde aquellas que necesitan ingresos económicos a las que no, desde las que disponen de redes familiares para apoyar el cuidado y las que no, aspectos que influyen en la toma de esta decisión de regresar al mercado laboral. Y, además, también tienen todas muy presente las exigencias de la maternidad, lo que hace que muestren dudas acerca de mantener esta situación. En este sentido encontramos a dos mujeres que piensan en no volver a su puesto laboral y dedicarse al cuidado de sus criaturas exclusivamente.

El grupo de mujeres que volverá a trabajar tras la maternidad opina positivamente acerca del trabajo remunerado, en el sentido de que les hace sentirse bien, que es importante para su desarrollo personal, que les permite tener oportunidades económicas propias, relaciones sociales y con el trabajo pueden cotizar.

Todas las mujeres de nuestra muestra, pasado un tiempo, cuando se han recuperado físicamente y han organizado sus vidas cotidianas, empiezan a pensar en sí mismas y a valorar su experiencia sobre el epp y qué quieren. La mayoría deciden continuar teniendo una vida propia y reanudar sus relaciones sociales, disponer de tiempo de ocio aunque trabajen sólo en casa. Desde ahí plantean nuevas formas de maternidad no tan dedicadas a la crianza y donde ellas, trabajen o no fuera de casa, tienen derecho a disponer de recursos económicos, de gastarlos en ellas mismas y de tener tiempo para sus cosas. Sin embargo, algunas de sus preferencias y necesidades se relacionan con una feminidad que no rompe con la visión diferencialista de los hombres y las mujeres (ir a la peluquería, centros de estética, de compras, por ser los más aludidos). Sus propios gustos, conformados por la clase social y otros elementos, refuerzan las visiones imperantes sobre las mujeres, aunque sus vivencias sobre la crianza y la maternidad cuestionen ciertos aspectos del Ideal de la Maternidad.

Decidir si dedicarse en exclusiva a la crianza o no, el tiempo y el tipo de relación con las criaturas, no es una cuestión sencilla, y ambas posibilidades están cargadas de interés, entrega y vínculo con sus criaturas. Es decir, tanto las que han optado por la

lactancia materna, o mejor dicho “han podido”, como las que no, las que trabajan dentro y fuera de casa como las que sólo en casa, todas manifiestan de una forma uniforme la importancia y el compromiso emocional con sus criaturas (Hays, 1996:215-219). Los factores que suelen influir son las condiciones económicas de la familia, las posibilidades laborales y de cuidado de la criatura y posteriormente las visiones sobre la maternidad y sobre ser mujer. Asimismo en ésta como en otras cuestiones proponer modelos únicos donde tienen que caber todas las mujeres no es posible, pues cómo hemos mostrado todas las mujeres de nuestra muestra, aunque reproduzcan la división sexual del trabajo plantean también ser vistas y vivir más allá del ejercicio de su maternidad.

Sin embargo en estos discursos procedentes de las mujeres y las profesionales no aparecen alusiones a los hombres, cuestión a la que dedicaremos el siguiente capítulo.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
IDEOLOGIAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:
EL CASO DEL AREA 12 DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Maria Isabel Blázquez Rodríguez
ISBN:978-84-692-5930-6/DL:T-1669-2009

8. LA PARTICIPACIÓN DE LOS HOMBRES

Uno de los objetivos de nuestra investigación, como hemos planteado, ha sido analizar la participación de los hombres, tanto en lo que respecta a la atención en sí, como al epp en general, y para ello había que mostrar cuándo aparecen y las razones por las que lo hacen. Se contrastan en este capítulo las diferentes visiones que existen en los protocolos y en los documentos sanitarios, a la vez que se analizan las opiniones y discursos de las mujeres, de las profesionales y de los propios hombres (8.1.).

Antes de tratar este tema es necesario aclarar que nuestros datos se apoyan en lo que hemos observado en la red asistencial durante el trabajo de campo, sin que podamos confirmar o desmentir de forma tajante que su presencia refleja su participación en el epp, el tipo de relación de pareja que tienen ni que ésta sea igualitaria. Pero a pesar de estas limitaciones, indudablemente se encuentran pistas que nos pueden orientar sobre algunos de estos aspectos.

La información recogida reflexiona sobre el rol de los hombres en el proceso, sobre su papel en la paternidad y sobre su incorporación a la crianza. También señalamos en este capítulo la gran diversidad de posiciones al respecto, desde aquellas que promueven la corresponsabilidad frente a otras que podrían ser tildadas de machistas (8.2.). Asimismo, se describe cuándo y de qué manera los hombres aparecen en la atención sanitaria, en el epp y en el permiso de baja por paternidad (8.3.). Se señalan a lo largo de este capítulo algunas cuestiones problemáticas, que si bien no son abordadas en profundidad sin embargo nos avisan sobre determinadas formas existentes para hacer partícipes a los hombres en el proceso descrito, a las que hay que sumar explicaciones acerca de su participación efectiva (8.4.).

Las tensiones que encontramos nos dan cuenta de los aspectos todavía pendientes a pensar y elaborar para integrar realmente la participación de los hombres al proceso del epp, y también nos ofrecen algunas ideas para aclarar que, aunque los hombres aparezcan en la atención obstétrica, esta acción no contribuye por sí misma a evitar que se siga reproduciendo en ella –y en toda la sociedad– la división sexual del trabajo y la desigualdad entre los hombres y las mujeres.

8.1. RAZONES PARA LA PARTICIPACIÓN

Una parte importante de las profesionales comenta que, actualmente, los hombres participan más en la atención y en el acompañamiento de sus parejas, sobre todo en los partos: *“Hasta hace apenas quince años nosotros no dejábamos que los hombres entrarán, no potenciábamos que participasen”* (Amaya, matrona, 60 años, madre, Noceda). Esta situación se da también en los servicios de puerperio, donde antes no se permitía la presencia de los hombres, al ser habitaciones compartidas y pervivir la consideración de que los cuidados y el epp eran cosas de mujeres, por lo que las acompañantes solían ser mujeres: *“Yo creo que la presencia de los padres en las habitaciones por las noches ha sido uno de los principales cambios en los últimos años. Antes se veían más mujeres, ahora casi todo son hombres, y parece mal que no se queden”* (Saray, enfermera, 30–35 años, no madre, Villafranca).

Observamos de este modo que se ha ido promoviendo, durante los últimos años, que las mujeres fueran acompañadas por sus parejas, con el argumento de que *“en esto también tendrá algo él que ver”* (Montse, enfermera, 45–50 años, madre, Noceda), todo bajo la visión del derecho de los hombres a participar en cuanto a padres de la futura criatura.

Así, se da por hecho, que si tras cada gestación hay un padre, cada mujer tiene una pareja masculina, que puede tomar las decisiones en igualdad de condiciones que la mujer, y ello no sólo en lo relativo a las criaturas, sino en relación también a lo que sucede con el cuerpo embarazado: *“Lo que están viviendo es de los dos, por eso tienen que estar los dos”* (Beatriz, matrona, 33 años, no madre, Villafranca).

Algunas matronas señalan que la participación no sólo es un derecho sino también un deber, lo que implica responsabilizar a los hombres: *“A mí me da igual que vengan obligados, yo lo que quiero es que vengan, que escuchen y estén con sus mujeres, con el tiempo se verá cómo esto les sirve”* (Sol, matrona, 50 años, madre, Noceda). Determinadas mujeres coinciden con esta visión de la participación masculina, perciben los cambios, y subrayan la importancia de acompañamiento durante todo el itinerario, porque eso les ayuda a irse situando en el proceso, como les ayuda a ellas.

No obstante, y como veremos más adelante, los hombres no están siempre presentes, ya que surgen continuamente argumentos que defienden su ausencia en base a las dificultades que encuentran para estar. Entre los motivos que se nombran está, en primer lugar, la dificultad vinculada a los trabajos, pero también se alude a los horarios de las actividades sanitarias y al gran número de visitas de control del embarazo (las de las obstetras y las de las matronas), más las de los cursos. Por eso, las matronas

suelen programar algún curso a última hora de la tarde y les animan a las mujeres a que asistan sus parejas. Por otra parte, las profesionales parten de la idea de que todos los hombres quieren participar pero que no se dan las condiciones para ello. Estos discursos no tienen en cuenta, sin ir más lejos, las siguientes cuestiones:

- Cuál es el tipo de relación de pareja, porque se da por hecho que todas las parejas son equitativas, sin tensiones ni conflictos, y las decisiones, tanto en lo relativo al embarazo como a otros aspectos, son siempre consensuadas.
- El trato diferencial que se da a los hombres, ya que estas justificaciones no se aplican a las mujeres, aunque tengan también trabajos remunerados y no remunerados y, por tanto, dificultades para acudir, por ejemplo, a los cursos. A ellas, cuando no acuden, bien por que no quieren o bien porque no pueden, se les señala su desinterés, ignorancia y falta de responsabilidad en el cuidado de su criatura, y son estigmatizadas como de alto riesgo, algo que no se aplica igual a los hombres.

De modo que las profesionales explican a las mujeres que deben comprender que los hombres no pueden acompañarlas, ni cubrir todas sus expectativas. Lo apreciamos en los discursos que siguen:

“No hace falta que las parejas acompañen en todo, por ejemplo en la monitorización vais a estar toda la mañana, llevaros un tentempié y si tienes contracciones o te agobias, recuerda lo de la relajación” (María, matrona, 45 años, madre, Villafranca).

“No pasa nada porque ellos se vayan a casa a ducharse y a descansar, permíteles un tiempo para el descanso. Ellos lo necesitan, estar a vuestro lado también es difícil” (Marta, matrona, 35 años, no madre, Noceda).

“Los padres se encuentran acusados por parte de todos, no se entiende que se puedan sentir tan cansados, porque no han parido. Nadie se pone en su lugar. De acuerdo, la otra ha parido, pero está en una cama, ellos están en un sillón. Han pasado la noche en el paritorio, que la otra ha estado en la cama y ha echado su sueño. Han ido a trabajar, arreglar papeles. Hay muchas veces que llegan ellos más cansados que la propia mujer, y yo lo creo, pero encima ellos no pueden quejarse y cuando se quejan, se les mete un poco de caña, en eso si somos injustas” (Saray, enfermera, 30-35 años, no madre, Villafranca).

Estas defensas y argumentos del personal sanitario para que las mujeres “entiendan a sus parejas y no se sientan solas”, contribuyen a que las mujeres tengan dudas sobre si es mejor involucrar más a sus parejas o no. A ello se suma, que tienen constancia en torno a las resistencias y dificultades de sus parejas para acompañarlas en el epp. Unas señalan por ejemplo que no se puede hablar de estos temas con ellos porque se agobian, otras que se preocupan excesivamente y las atosigan todo el día sobre si todo estará bien y si deberían hacer esto o lo otro. Otras argumentan que los hombres se

marean al estar en los servicios sanitarios, oír hablar del parto, y como es algo que les supera no pueden estar.

Tanto los hombres como las mujeres entrevistadas manifiestan que es importante que las parejas participen, aunque luego haya diferentes posiciones. Por un lado, se indica que la situación ideal sería que siempre participasen, tanto en el epp como en la atención; mientras que, por otro lado, se acepta que esto no sea así, y que lo importante es que estén en “casa” y en la paternidad; ya que en la asistencia no tiene sentido que ellos vengan porque sólo hay mujeres y se habla de cosas de mujeres, así que ellas les transmiten e involucran luego en casa¹⁷⁸.

Otra de las justificaciones utilizadas para explicar la menor participación masculina alude a que no están educados, y así, poco se puede promover o impulsar desde el ámbito sanitario. Por lo que aunque algunas profesionales y mujeres insisten en que se les tiene que instruir para ello: *“No sé por qué tienen esa sensación de que el padre en ciertas cosas es un inútil, y de eso nada, si al padre se le enseña, se le explica, puede ser incluso mejor que la madre; es como todo, hay que aprender”* (Matilde, enfermera, 30–35 años, madre, Villafranca). Pero quienes tienen que educar y socializar a los hombres son las mujeres, de forma que se las responsabiliza, también, de que si sus parejas no están con ellas y nos las acompañan es debido, también, a ellas, que no se han encargado de enseñarles bien: *“Por eso yo me he cuidado en saber con quién estoy y me he encargado de que sepa estar conmigo”* (Hortensia, 30 años, segundo embarazo, una niña, trabaja sólo en casa, Noceda).

A pesar de reconocer estas dificultades para la participación de los hombres, algunas mujeres viven mal que sus parejas no estén, como algo que no sólo ellos se han perdido sino también ellas.

Con esta diversidad, tanto de formas de estar como de razonar, se comprueba que los hombres se van haciendo cada vez más presentes en el epp y en la atención sanitaria. Sin embargo, como señala Esteban (1998:23), estos cambios no siempre significan cuestionar la desigualdad de género, asunto sobre el que reflexionaremos a continuación.

¹⁷⁸ Algunas mujeres además critican estos cursos principalmente por la masificación, el enfoque directivo y no explicativo de algunas matronas, el poco tiempo y la escasa participación de los hombres, tanto en los debates como en los ejercicios.

8.2. LA DIVERSIDAD ENTRE LOS HOMBRES

Jon Gotzon Baraia (2005) identifica tres tipos de hombres con respecto a las relaciones de género y a la promoción de la igualdad: aquellos resistentes al cambio, los permeables al cambio y los proactivos. Esta clasificación nos permite dar cuenta también de la diversidad que aparece en la atención sanitaria, y sitúa el cambio no sólo en variables sociodemográficas como edad o clase social, sino también en las ideologías del sujeto para aceptar el cambio.

El primer tipo de hombres, los “resistentes al cambio”, son definidos como aquellos que muestran recelo a la equiparación entre hombres y mujeres, y cuestionan la desigualdad. En el trabajo de campo hemos encontrado hombres que podemos ubicar en este grupo, que realizan comentarios sexistas y manifiestan abiertamente que el proceso del epp nada tiene nada que ver con ellos. Para ilustrarlo, observamos que en uno de los cursos de preparación del embarazo, la matrona les informó de unos cursillos sobre cambio de roles que se estaban haciendo en el Ayuntamiento, y que había uno dirigido específicamente para nuevos padres, con el objetivo de enseñarles aspectos sobre crianza y cuidado de las criaturas. De catorce parejas sólo cuatro dijeron que estaban interesados; el resto permaneció en silencio y dos de ellos preguntaron que por qué iba encaminado a los padres y no a las madres, que ellas eran quienes más necesitaban esa formación. La matrona respondió que era una iniciativa ajena a ella. Los dos hombres que preguntaron, por otra parte, fueron los que a más sesiones faltaron y los que menos participaron en los debates y en los ejercicios.

El segundo grupo, los “permeables al cambio”, estaría constituido por los hombres que van reconociendo el papel de las mujeres, pero que no toman o toman pocas iniciativas a la hora de promover mayores cotas de igualdad. En las entrevistas en pareja y en conversaciones con mujeres y hombres, hallamos a hombres que no se oponen a los cambios; algunos de ellos señalan que las mujeres son las que tienen que elegir, y consideran que esto es la igualdad en la pareja. Sin embargo, no se involucran y delegan en la mujer toda la responsabilidad de decidir, especialmente en asuntos como la amniocentesis, la realización de la ecografía tridimensional, la vuelta al trabajo y la lactancia materna, temas que como hemos mostrado pueden ser problemáticos, lo que en líneas generales hace complejo el proceso de toma de decisiones libre y autónoma. Estas actitudes promueven que las decisiones sean tomadas finalmente por las mujeres solas, y que la desigualdad se reproduzca (Bodoque, 1996:410-411). En este grupo situaríamos a la mayoría de los hombres que hemos entrevistado.

En el último grupo, compuesto por los hombres “proclives al cambio o proactivos”, podemos diferenciar en nuestro estudio diferentes posiciones con respecto a la igualdad:

- Aquellos hombres cuyos discursos se apoyan más en la responsabilidad como padres, y que forman parte de modelos de pareja más equitativas. Y que, desde ahí, contribuyen al cambio social: *“Yo me voy a trabajar antes y David desde el principio lleva a la pequeña a la guardería, deja la casa recogida, ya en los primeros meses me decía anda vete a echarte que yo preparo la comida y te avisó. Siempre ha sido así”* (Remedios, 33 años, una hija, un embarazo, trabaja dentro y fuera de casa, Noceda). Sin embargo, sus acciones no descansan en un planteamiento igualitario sino más bien en la responsabilidad personal (Esteban, 1998:23): *“Mientras que los maridos no reconozcan que no somos iguales, tienes la sensación de que lo hacen porque son buenos, pero no porque crean que debe ser así”* (Rosa, cuaderno de campo, curso grupal del embarazo, centro de salud, Noceda, 6/03/2006).
- Aquellos hombres que están convencidos de la igualdad, que están comprometidos en el cambio pero enfatizan las diferencias entre los hombres y las mujeres: *“A mí me parece que hay que destacar el lado femenino de la vida, todo lo que las mujeres han hecho en los partos, y en eso los hombres debemos aprender”* (Jorge, matrn, 35-40 años, padre, Noceda). En este grupo situaríamos a algunos profesionales entrevistados y también a algunos hombres que han participado en las reuniones de las asociaciones Nacer en Casa y El Parto Es Nuestro. Sus visiones exaltan la maternidad, el “vínculo” y la lactancia materna.
- Aquellos hombres que muestran un discurso más igualitarista, dirigido a que la paternidad y la igualdad también es beneficiosa para los hombres, aunque conlleve la pérdida de ciertos privilegios. Aunque a estos hombres no los hemos encontrado en la investigación, sí aparecen en los grupos de Hombres por la Igualdad y en estudios como el de Maroto y su equipo (2009:268). Sin embargo, parece que tampoco tengan un lugar en la atención, pues su lugar se limita a acompañar, aprender a respirar y determinados contenidos (las fases del parto, los cuidados de la criatura, de la mujer, entre otros). Y no hay espacios para que puedan expresar sus sentimientos y vivencias sobre la paternidad, con un lugar propio al igual que las mujeres.

Esta diversidad de posiciones nos conduce a subrayar que existe un vacío en los modelos que pudieran servir de referentes para el cambio, que no todas las formas de estar se dirigen a la igualdad, y que ésta se entiende de distintas maneras.

8.3. FORMAS DE PARTICIPAR

La participación de las parejas varía según el momento de la atención sanitaria y la opinión del personal sobre este asunto. De una forma general, se puede decir que en el embarazo se les deja estar en las consultas de obstetricia, de las matronas y en los cursos grupales; que en el parto pueden estar acompañando todo el tiempo, al igual que en el servicio de puerperio, exceptuando durante la visita médica. Sin embargo, existen variaciones y hay profesionales que prefieren que las mujeres estén solas, salvo en el momento del parto.

8.3.1. Cuándo y dónde están presentes los hombres en la atención sanitaria

Según el escenario de la atención, por tanto, la participación de los hombres es diferente; en cada lugar se les pide que cumplan un papel determinado, según las necesidades y la situación de cada momento. A grandes rasgos se distinguen varios roles, que se repiten a lo largo de la atención, entre los que destacamos los de: acompañante, apoyo, participante en la toma de decisiones y, por último, cuidador de la criatura. Describimos las funciones según cada etapa del itinerario asistencial para concluir después con algunas características de estas funciones mencionadas.

8.3.1.1. En las consultas de obstetricia

Como mostramos en el anterior capítulo, sólo una de cada cuatro mujeres viene acompañada de sus parejas, siendo todas ellas masculinas. Estos hombres que acuden sólo se les pregunta si tienen alguna enfermedad importante y, según la profesional, su ocupación y su edad, datos que podrían ser proporcionados por las mujeres, sin que se necesitara su presencia. Luego, también en función de la sanitaria, se informa sobre los datos que correspondan a esa consulta acerca de las analíticas, la ecografía o el bienestar del feto, dirigiéndose tanto al hombre como a la mujer, o se centran más en ella pues consideran que es quien está embarazada y por tanto la verdadera destinataria de la atención. Esto pone de manifiesto, cómo vimos en el capítulo 5, que la práctica sanitaria se centra sobre todo en la valoración de los aspectos meramente biológicos y se parte de la idea que la paciente es la mujer y las explicaciones de lo que le sucede están en su cuerpo y no en su contexto. Como también vimos otros datos socioculturales, relativos también a la salud no son en absoluto considerados, por ejemplo la situación de la relación de pareja, o las vivencias del epp, ni si el embarazo era deseado por ambos o las tensiones que una negativa ha podido conllevar.

Este tipo de dinámicas producen que los hombres se sientan excluidos y, a su vez, que desconozcan los motivos por los que tienen que acudir, lo que es utilizado para explicar porque asisten de forma discontinua a estas consultas y que su presencia sea principalmente en la primera visita, cuando se hacen las ecografías, y en las últimas visitas, donde las mujeres acompañadas por sus parejas masculinas asciende a más de la mitad. Su participación en esos momentos se debe a que se obtiene información sobre el feto y se toman decisiones sobre la atención que van a recibir las mujeres. Además de que entonces es cuando se visualiza al feto, lo que puede ayudar a iniciar la futura relación con la criatura: *“mi pequeño” “mira la cabecita de nuestro hijo”*, son comentarios habituales en este sentido.

Muchas veces los hombres solicitan información sobre las razones médicas para realizar determinadas pruebas y los resultados de las mismas, probablemente como una forma de hacerse partícipes del proceso y mostrar su interés en el mismo. Otros temas sobre los que suelen preguntar es acerca de los cambios en los órganos sexuales de las mujeres (pechos y genitales), y sobre la posibilidad de mantener relaciones sexuales coitales.

Asimismo, también se espera que estén presentes por si se encuentran problemas o se dan resultados negativos, y puedan así prestar apoyo a sus mujeres y también participar en la toma de determinadas decisiones.

Las actitudes que muestran los hombres en las visitas son muy variadas: están desde aquellos que permanecen callados y dejan que sus mujeres sean las que proporcionan la información y las que preguntan a la profesional, hasta aquellos que también preguntan y completan la información que dicen las mujeres. Llama especialmente la atención la actitud correctora de algunos acerca de los datos que aportan las mujeres. De forma que en las consultas pueden darse situaciones como la siguiente:

Obstetra: *“El feto está creciendo poco, esto es porque tú sigues fumando, los bebés de madres fumadoras les afecta el tabaco y no pueden crecer”*.

(La mujer llora).

Pareja: *“Ya se lo hemos dicho, que deje de fumar, pero nada, ella sigue. Su madre está mucho con ella y tampoco se lo explica”*.

Obstetra: *“Tienes que dejar de fumar, sabemos que cuesta, pero es muy importante que lo hagas, piensa en tu bebé”*.

(La mujer sigue llorando).

Pareja: *“Es que yo me voy por la mañana y cuando llego es de noche, conmigo no fuma. Pero claro, con esto, ahora sí que tiene que hacerlo. Tendré que hablar con la familia”* (Cuaderno de campo, consulta de obstetricia, Villafranca, 18/04/2007).

La pareja, junto con el personal sanitario, pueden convertirse en los “protectores” de la criatura, anulando la opinión y vivencias de las mujeres, especialmente cuando éstas han mantenido conductas consideradas de riesgo. En estas ocasiones las profesionales, al reconocer el papel de la pareja como controlador de la conducta de las mujeres, le da más poder, le da permiso para que regulen sus vidas, y se responsabilice y culpabilice a las mujeres de los problemas de salud que puedan aparecer¹⁷⁹.

8.3.1.2. En los cursos grupales de preparación del embarazo

Hemos señalado, al presentar los documentos que guían la atención en este área, que estos cursos se dirigen tanto a la preparación de la maternidad como de la paternidad, fundamentándose que se incluye a los hombres “para que asuman un papel activo en el parto, realizando una labor de acompañamiento y apoyo” (Programa de Atención a la Mujer, área 12, 1999:5). Esto, además, se transmite a las mujeres, recomendándoles que acudan acompañadas pues este proceso deben vivirlo los dos. Sin embargo, en la práctica se ha desarrollado poco esta participación masculina.

En los registros sanitarios, la presencia o ausencia de los hombres se contabiliza como acompañante de tal usuaria, y esto hace que no se les considere a ellos usuarios de la atención. De hecho, cuando acuden solos a preguntar a las matronas, dichas visitas quedan registradas en la historia de sus mujeres, no existen historias propias, por lo que los pocos hombres que transmiten información sobre su vivencia de la paternidad queda en la memoria de las matronas sin disponer de lugares donde registrarlas.

Al mismo tiempo, aunque se diga que no se establecen diferencias en la participación en estos cursos, sí se dan diferencias en la práctica. Por ejemplo, cuando hay que realizar ejercicios y respiraciones, las mujeres se tumban solas en las colchonetas y, sólo en algunas ocasiones, se pide a los hombres que se coloquen a su lado; en la mayoría de las ocasiones se sientan en un lado de la sala. De los cuatro cursos observados sólo en uno algunos hombres se pusieron con sus mujeres pero, en la medida en que el resto de los hombres no participaban, en las siguientes sesiones se sentaron junto a ellos. Estas cuestiones las reconocen los hombres en las entrevistas, pero argumentan que no pueden cambiarlas en la medida en que la mayoría de los hombres no participan. También las matronas son conscientes de esto, pero no inciden sobre ello: “Es un

¹⁷⁹ Resulta curioso que algunos de los hombres que defendían dichos consejos eran también fumadores. Los estilos de vida considerados “no saludables” se definen para las mujeres sin pensar que pueden aparecer también conductas de los hombres que condicionen la salud de las mujeres, como que fumen, tengan determinadas conductas sexuales, entre otros.

problema esto de los hombres que se sientan al fondo, yo no se si tendría que ser más impositiva y decirles que o se ponen a aprender a respirar o que no vuelvan, pero si les ves, como en el colegio, charlando y riéndose, qué se puede hacer” (María, matrona, 45 años, madre, Villafranca).

Otros problemas que surgen en la práctica se relacionan con los efectos de su presencia sobre algunas mujeres, que pueden provocar inhibición en ciertos movimientos y preguntas, por el mayor uso de la palabra que hacen, las dificultades que tienen para hablar acerca de la sexualidad y reproducción sin bromear¹⁸⁰, y con la necesidad que manifiestan las mujeres de tener espacios propios:

“Hacen preguntas que a mí, no sé, para una cosa que es tan de la mujer, me parece que sobran. Otras veces me parece que colaboran, que bien. Se les ve calladitos, ahí en su sitio, también dependerá de cada caso. Si estamos sólo las mujeres, hay más, no se, naturalidad, si se te ve la faja no pasa nada. El embarazo también tiene que ver con ellos pero en el curso se dieron dos o tres situaciones muy tontas, yo creo que sobran” (Natalia, 37 años, dos hijas y un hijo, tres embarazos, trabaja sólo en casa, Villafranca)¹⁸¹.

Por ello, algunas matronas de otras áreas sanitarias dividen las sesiones en dos partes, la primera hora convocan sólo a las mujeres para hablar, hacer ejercicios y respiraciones, y posteriormente se hace una sesión conjunta, de hombres y mujeres. En cambio, otras matronas hacen cursos sólo dirigidos a mujeres.

En un centro de salud de Coslada, en otra zona de Madrid, existe un curso dirigido sólo a hombres, y en el hospital Gregorio Marañón, un programa específico para impulsar la participación de los hombres en el proceso del epp, que lleva por título, Hacia una Paternidad Responsable (OSM-MSC, 2008:80). Aunque el análisis de estas iniciativas no forma parte de esta investigación, sí nos sirven para constatar que se están dando pasos dirigidos a la participación de los hombres en el epp. Sin embargo, en las conversaciones mantenidas con algunas matronas se sugieren algunos inconvenientes, como la falta de matronas para atender a todas las mujeres (cabe

¹⁸⁰ Las mujeres han sido, en mayor medida que los hombres, objeto de programas de educación sexual, pues todo lo relativo a la reproducción se ha considerado que era asunto suyo, por lo que manifiestan tener menos problemas para hablar de estos temas. No obstante falta práctica social y cultural para hablar en ámbitos mixtos sobre algunos temas como lo relativo a la sexualidad, a la reproducción (la lactancia, la crianza...).

¹⁸¹ Este curso era muy numeroso y acudieron unas nueve mujeres con sus parejas masculinas. Hubo algunas sesiones en las que los hombres hablaron más que las mujeres sobre todo en lo referente a la lactancia materna, debatiendo sobre si las mujeres debían dar de lactar en público y delante de qué personas. En la sesión sobre el puerperio y los cuidados a la criatura, hubo muchos chistes acerca de su participación en lo doméstico que hicieron que hubiera que interrumpir varias veces la sesión. Esto se dio también porque coincidieron un par de chicos jóvenes y que su participación era siempre una excusa para evitar hablar con seriedad de estos asuntos, y cuando uno empezaba con este tipo de dinámicas, el otro le seguía y la mitad del grupo estaba de risas y la otra mitad sin entenderlo. Al hablar con compañeras matronas y algunos hombres que han trabajado con grupos de hombres, describían que es frecuente la aparición de este tipo de dinámicas.

recordar que en algunas áreas sólo el 40% de las mujeres acuden, lo que significa que solo acude una de cada cinco mujeres). Por tanto, mientras que sólo se disponga de una matrona entre uno o dos centros de salud, habrá que valorar qué población acude a estos cursos, las razones por las que no acuden y, a partir de esta información, establecer si realizar grupos sólo para hombres y dejar de atender a algunas mujeres o seguir realizando grupos mixtos.

Al respecto, algunas profesionales apuntan que la prioridad es cubrir las necesidades de las mujeres, pues ellas son quienes asumen las consecuencias del epp¹⁸². En cambio, otras se muestran más partidarias de promover la participación de los hombres, precisamente, para compensar la desigualdad existente en el proceso y en la atención sanitaria:

“La pareja está siempre muy excluida, y luego ya se la excluye directamente porque con la lactancia materna, el pañal, ya lo haces tú. Por eso es muy importante que vengan a los cursos como éste, porque ellos lo viven de otra manera, y necesitan que se les explique, que incluso se les diga como coger la mano. Por eso es importante” (María, matrona, 45 años, madre, Villafranca).

Además de acompañar y apoyar a las mujeres, algunas profesionales defienden también que los hombres deben estar formados para apoyar al equipo sanitario en el parto; transmitiéndose así una visión de las mujeres como descontroladas, emocionales y necesitadas de supervisión, como vemos en el ejemplo siguiente:

“Lo mejor es que la mujer le haga caso a la matrona y el marido que la apoye. Además, son órdenes, y si lo digo así es que hay que cumplirlas. Es por vuestro bien (...) Ellos tienen que estar incluso más formados, si luego en el paritorio cuando os descontroléis por el dolor, la pareja es quien tiene que dirigir con los profesionales, y tienes que hacer lo que te digan aunque tu pareja se tenga que poner duro para que lo hagas” (Marta, matrona, 35 años, no madre, Noceda).

Nuevamente apreciamos con este ejemplo cómo en las consultas de obstetricia se puede dar pie a que los hombres ejerzan control sobre las mujeres, se facilitan alianzas entre ellos y el personal para que las mujeres sigan las pautas sanitarias, sin indagar en el tipo de relación de pareja existente y si las intervenciones de este tipo pueden reforzar la autoridad del hombre y la subordinación de la mujer, o no.

Consiguientemente, antes de decidir si crear grupos sólo con hombres, seguir con los grupos mixtos o sólo dedicados a las mujeres, habría que revisar bien estas

¹⁸² Los hombres pueden huir o negar un embarazo o una paternidad, e incluso cuando la aceptan pueden no asumir su participación en la misma, sin que haya un cuestionamiento público de estos hombres presentes pero ausentes ni ningún tipo de repudio social. En cambio, las únicas opciones que tienen las mujeres para escapar de un embarazo o de la maternidad son acciones castigadas social y legalmente como el aborto, el abandono o la entrega en adopción.

experiencias, atendiendo a cómo participan los hombres, a las carencias en la atención sanitaria que reciben las mujeres y a sus necesidades.

8.3.1.3. En el servicio de paritorio

Como hemos dicho el parto es la parte del proceso respecto a la que más se insiste sobre la importancia de la participación de los hombres. Esto se justifica por los resultados de algunos estudios que equiparan el acompañamiento con el apoyo continuo (que se entiende que es tanto físico como emocional y comunicativo) que presta a la mujer. En esta postura se afirma que hay una relación directa entre este acompañamiento y una menor demanda de anestesia, un menor número de partos vaginales instrumentales, así como un menor número de cesáreas, más partos vaginales espontáneos y mayor satisfacción general (OSM-MS, 2008:24,46-47; FAME, 2008:65-68)¹⁸³.

En algunos documentos, como los de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), se les nombra a los hombres como acompañantes en el parto, receptores de información sanitaria en calidad de pareja de la mujer y como padre de la criatura. En cambio, en otros documentos no son en absoluto incluidos.

En el documento de consenso Iniciativa del Parto Normal, de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) se establece que existen diferentes tipos de apoyo: físico, emocional e informacional (2008:66), que deben ser realizados tanto por las matronas y profesionales que atiendan a las mujeres como por sus parejas. En general, el apoyo de los hombres queda “limitado” al apoyo emocional, que se traduce en las siguientes acciones: coger la mano, hablar con calidez y estar al lado; acciones que pueden no resultar válidas para todas las mujeres y en todas las situaciones.

Aunque las mujeres tienen derecho a elegir quienes serán su apoyo durante el parto, la mayoría de las españolas decide que sea su pareja (94%, según FAME, 2008:65). Ante ello cabría preguntarse si, desde diversos ámbitos, en particular desde el ámbito sanitario, no se orienta a que sea el hombre.

Por ejemplo, en los casos de mujeres inmigrantes que no conocen el castellano, sus parejas suelen actuar como traductores. Sin embargo, aquí se observan diferencias con respecto a lo anteriormente señalado, porque algunas mujeres magrebíes, por ejemplo,

¹⁸³ Este tipo de estudios se basan, nuevamente, en relacionar los efectos del apoyo y acompañamiento con aspectos clínicos y biológicos del proceso: como variable distintiva se introduce la satisfacción de la usuaria. Otros aspectos que también se valoran con el apoyo son los niveles de adrenalina, la contractibilidad del útero, el progreso del parto, la frecuencia cardíaca fetal y las puntuaciones del test de Apgar.

suelen estar acompañadas por otras mujeres y, en esos casos, se constata una mayor comunicación entre ellas antes de hablar con las profesionales, lo que parece indicar que es probable que dialogan más antes de decidir cuando están acompañadas por otras mujeres, que cuando es el marido el acompañante. A pesar de ello, las sanitarias les insisten en la importancia de contar con la presencia del marido, para que las decisiones sean tomadas conjuntamente. Así ellas van asumiendo que aquí deben estar sus maridos, sin tener en cuenta que probablemente ésta puede ser nuestra costumbre pero no la de ellas. Además lo más importante es que la mujer tenga una posición activa en el proceso, independientemente de por quién esté acompañada.

Del mismo modo, el sistema sanitario establece que sólo puede haber una persona para acompañar, lo que en la mayoría de las ocasiones provoca que sea sólo la pareja. Esto puede generar conflictos, como se ve en la siguiente situación que sucedió un día en el paritorio, las matronas hablaban sobre una habitación en la que se estaban intercambiando los familiares:

Alejandra: "Es que ahora está la pareja y quiere entrar la madre".

Mamen: "Y claro, no pueden estar todo el rato cambiándose".

Ruth: "Se deja el cambio, pero tiene que haber unas normas".

Mamen: "Por mí que esté quien quiera, pero quien esté que no salga".

"Pregunto qué matrona la lleva, y le pregunto si puedo ir a la habitación y hablar con ella. Me dice que sin problemas, que va lenta. Voy a la habitación. Hay allí una chica adolescente de 15 años, cuya pareja tiene una edad similar. En la habitación también está la madre, una mujer joven de unos 40 años. El chico está en el sofá tumbado, y la madre sentada en una silla al lado de la cama dándole la mano a la chica. Me presentó, les explico el estudio, y le pregunto a la chica cómo está. Me dice que bien, ahora, pero que lo ha pasado muy mal. Le preguntó si han hablado con ellos sobre los acompañantes, y me dicen que sí, pero la madre explica que ambos están viviendo en su casa, porque las familias no han querido que falten a sus estudios, y el chico ha empezado a trabajar unas horas. Ella ha estado con su hija durante toda la preparación y las visitas, y me dice: «Ellos son muy jóvenes, yo he tenido tres embarazos y sé lo que es esto, nosotras dábamos a luz en nuestras casas». La chica dice que ella quiere que estén los dos, o por lo menos que a ratos" (Cuaderno de campo, servicio de paritorio, hospital de Villafranca, 31/10/2007).

En casos como éste se constatan las dificultades del sistema de acompañamiento único y que esté de forma permanente en todo el parto, cuando quizá además no haya acompañado en el embarazo. Desde nuestro punto de vista, debería darse una mayor flexibilidad, y en casos como el anterior se refleja que las relaciones de ambos acompañantes no son excluyentes, son necesarias, y habría que pensar en por qué las

mujeres tienen que elegir a un solo acompañante en la atención. E igualmente se refuerza un modelo de relación de pareja y familia determinado.

Todas las mujeres que hemos observado en paritorio estaban acompañadas de sus parejas, excepto algunas mujeres magrebíes, como ya hemos señalado. La mayoría de las parejas están al lado de sus mujeres y se encarga habitualmente de ser el contacto con la familia y de atender las llamadas del móvil. Lo que les otorga una función clara y ayuda también a las mujeres, a estar tranquilas ya que sus familiares están informados. Ellos suelen mirar y controlar el registro, los sueros y el resto de los aparatos que tienen conectados las mujeres, y avisan a las profesionales si acontece algo que no entienden o surge algún problema. Entre ellos existen diferencias: algunos participan dando ánimos a sus mujeres, hablándoles de modo tranquilo; otros sin embargo se preocupan más del apoyo físico favoreciendo el contacto, dando masajes a las mujeres, haciendo las respiraciones con ellas, ayudándolas en cambios y movimientos posturales y hablando con ellas; otros permanecen al lado, mirándolas, sin hacer nada, más bien en actitud pasiva, sin que podamos saber si estas conductas son reflejo de prácticas masculinas más generales no socializadas en el apoyo y en el cuidado, o son respuestas individuales ante esta situación. Algunos hombres parecen estar “fuera de lugar”, como vemos en el siguiente ejemplo:

“Un día, llegó una pareja a paritorio, el hombre venía con la cazadora puesta, durante el tiempo de recepción, nadie le dijo que podía quitarse la chaqueta, les dieron toda la información y se dejó a la mujer con su pareja para que se pusiera el camisón y luego se volvería a monitorizarla. Pasados unos 10 minutos, volvimos, el hombre seguía con la cazadora, yo no hacía más que pensar en el calor, miraba y veía que nadie se daba cuenta de esto, estuvimos unos 20 minutos en la habitación: matrona, auxiliar y yo. Salimos. Vuelvo a la media hora a charlar con ellos y sigue con la cazadora, no pude más, y le pregunté si tenía frío, me dijo que no, y le dije que lo parecía, que como seguía con la cazadora. Respondió: «ah, es verdad, no me había dado cuenta»” (Cuaderno de campo, servicio de paritorio, hospital de Noceda, 21/03/2006).

Con los datos que se recogen de la observación es difícil, desde luego, conocer si estos acompañamientos son realmente útiles para las mujeres y qué significa acompañar en el parto. En este sentido, algunas matronas como Jorge, Candela y Jimena, sugieren que en los cursos de preparación al parto habría que abrir espacios para que las mujeres pudieran expresar qué necesidades piensan que van a tener en sus partos y quiénes piensan que se las podrían solucionar. Asimismo habría que trabajar con los hombres para analizar cómo quieren participar en el epp. El parto no es una buena ocasión para ello, pues las mujeres están concentradas en que todo vaya bien y, los únicos discursos que se oyen son de aceptación. En las entrevistas posteriores, cuando se abordan estos

temas se observa que las experiencias sobre el parto y su atención quedan muy condicionadas por los resultados; es decir, las visiones cambian si la mujer y su criatura están sanas y no tienen ningún problema.

Ciertas matronas también cuestionan la participación de algunos hombres en el paritorio, pues valoran que no apoyan a las mujeres y les animan en el parto, sino más bien todo lo contrario. A menudo se utiliza la metáfora del entrenamiento, y se comenta que su función debería ser como la de un entrenador que tiene que entrenar a la mujer para una gran carrera, que es el parto. Algunos hombres, en lugar de aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad para parir, hacen todo lo contrario: *“pero si estás muy mal”, “no ves que no puedes”, “voy a llamar al médico para que haga algo, así no puedes estar”*, expresiones que, por cierto, nunca emplearía un buen entrenador.

La última de las funciones que se espera de la participación de los hombres es lo relacionado con el cuidado de la criatura. Desde el nacimiento, ya en el paritorio, se le ofrece la posibilidad de que lo coja en brazos, mientras la mujer está en la silla obstétrica. Muchos hombres dicen que no, que les da miedo, que no saben cómo hacerlo u otras razones. Algunos sí se animan, sobre todo los que ya han sido padres.

Este papel de los hombres como padres se destaca en los casos en que las mujeres tienen algún problema y no pueden ocuparse de ellas, o son ingresadas a causa de alguna complicación o han tenido cesáreas, motivos por los cuales ellos pueden sustituir a sus mujeres en la creación del vínculo con el *“contacto piel a piel”*, mediante el método canguro que ya hemos explicado en el capítulo anterior.

8.3.1.4. En el puerperio

La primera noche tras el nacimiento los hombres generalmente se quedan con las mujeres. Posteriormente, en función de variadas circunstancias, se alternan con otros familiares (madre, hermana, cuñada, suegra), o las mujeres se quedan solas. Las circunstancias que se enuncian para decidir quién se queda son el tipo de trabajo de la pareja, el nivel de cansancio y la existencia de otras hijas o hijos. Las enfermeras comentan que, en un contexto social donde prima el discurso sociopolítico de igualdad como el actual, queda mal visto que los hombres no acompañen durante la noche a sus mujeres. Durante los días de ingreso, el personal sanitario intenta involucrar a las parejas en el cuidado de la criatura, informándoles de igual manera que a las mujeres

sobre los cuidados (mamas, sangrado, dolores, episiotomía), y animándolos a que apoyen y ayuden a las mujeres durante la lactancia.

En las visitas médicas se suele pedir a las parejas que salgan de la habitación porque son dobles, pero esta pauta también se aplica en las habitaciones individuales, afirmando que así se ve sola a la mujer y ella se puede expresar mejor. También los hombres son reclamados por las enfermeras para que regulen las visitas familiares.

Por otra parte, en las consultas con las matronas (visitas y cursos grupales de los centros de salud) no se ven hombres. Las mujeres acuden solas, y desde el ámbito sanitario no se hace ningún comentario ni propuesta para que sea de otra manera. De forma que se toman decisiones sin la participación de las parejas, especialmente en lo relativo al uso de métodos anticonceptivos, donde se valora que los mejores métodos y los más recomendados para emplear después del nacimiento son el preservativo masculino (del femenino no se habla), el DIU o la anticoncepción hormonal. Sobre todo se recomiendan los dos últimos, sin abordarse las razones por las que las mujeres los prefieren. Por ejemplo, en los casos en que se opina que el preservativo no es un buen método y que tienen dificultades en el uso, para lo que sería muy conveniente que ellos también acudiesen. No se aborda tampoco la existencia de otros métodos irreversibles para los hombres del tipo vasectomía, mientras que sí se habla a todas las mujeres que van a tener una cesárea de la posibilidad de realizar una ligadura de trompas, e incluso se les hace entrega del consentimiento informado para que lo piensen. E igualmente se brinda esta información a aquellas que ya han tenido varios hijos y han sido partos vaginales. De modo que se sigue delegando la responsabilidad sobre la salud sexual y reproductiva en las mujeres, aunque se hable de su corresponsabilidad en el epp.

En el puerperio, se pide nuevamente a los hombres que vigilen a sus mujeres¹⁸⁴, porque puede aparecer la “depresión puerperal”, que se señala aparece en la mitad de las mujeres. Sin embargo, no se explica en qué consiste este cuadro y los factores o las condiciones previas que están relacionadas con su aparición¹⁸⁵. Este tipo de información se ha transmitido en algunos cursos de la siguiente manera:

“Es importante que las personas de alrededor vigiléis para ver si todo se va resolviendo, sobre todo si tiene antecedentes, una mujer que llora demasiado, que

¹⁸⁴ Esto recuerda a los siglos anteriores al XX, en que con la autorización del marido se ingresaba a mujeres, ya que la opinión del marido, que era quien mejor conocía a la mujer, era razón suficiente para que los médicos valorasen que esa mujer no estaba bien.

¹⁸⁵ Al respecto, en un estudio realizado en EEUU se asociaban los síntomas depresivos con problemas económicos, estrés provocado por la pareja y abusos físicos, problemas que nos remiten a pensar en la importancia que tiene el tipo de pareja y de relación con algunos malestares de las mujeres (CDC, 2008).

no se arregla, que todo le supera, eso me indica que no está bien. Hablarlo con ella y sino venid aquí y lo vemos” (Sol, matrona, 50 años, madre, Noceda).

8.3.2. La participación en el epp

En las entrevistas realizadas tanto a mujeres como a hombres, se percibe que a veces los hombres, aunque no acudan a la atención sanitaria, sí están acompañando y apoyando en el epp. Así, hemos encontramos a hombres que señalan que los embarazos son también suyos, aunque no los porten en sus cuerpos. Ángel lo cuenta precisamente: *“Ahora estamos embarazados, antes de salir, pensar en hacer algo, le pregunto a Sara, en función de eso decidimos, si alguien llama le digo oye que no podemos ir a una discoteca que estamos embarazados”* (Ángel, 30–35 años, pareja de Sara, Noceda).

No obstante, estas visiones son minoritarias, y donde más hablan ambos grupos de informantes que los hombres participan es, en relación al cuidado de las criaturas, una tarea que desde los cursos grupales del embarazo y en el servicio de puerperio se promueve. Pero la mayoría de las mujeres señalan en los cursos de puerperio que la mayor parte del trabajo lo llevan ellas: *“« ¿Y los maridos se integran?» Sólo 2 mujeres dicen que sí, de 13 mujeres. « ¿Y el resto de la familia?» No, dicen la mayoría. Un total de 4 señalan que sí, que sus madres se han ido a vivir con ellas, pero porque se encontraban muy mal, no por qué lo necesitaran”* (Cuaderno de campo, curso grupal de puerperio, centro de salud, Noceda, 21/11/2006). De forma que se refleja que, aunque se les hayan transmitidos estos mensajes y se defienda la participación de los mismos, no en todas las situaciones se corresponde con la realidad.

Hay hombres que, sean o no proclives al cambio, participan y entienden que todo el cuidado de las criaturas es cosa de ambos, aunque reconocen que no todos los hombres piensan de esta forma: *“Mis amigos, los del trabajo, me dicen que me escaquee, que no hace falta que esté tanto en casa, que cuanto más estás, más te piden. Además, a las mujeres no hace falta decirles todo, no lo entienden, y sólo te sirve al final para discutir”* (Raúl, 34 años, pareja de Virginia, Noceda). Todo esto tiene que ver con lo expresado por Maroto y su equipo (2009:274-276) acerca de cómo incluso los hombres más igualitarios en la práctica son excluidos por otros hombres, y si no encuentran apoyos por parte de las mujeres, esto les coloca en una situación difícil para mantener y continuar con los cambios que están comenzando a hacer.

Por otra parte, la participación de los hombres también queda reflejada en los carteles con fotos de pacientes que cuelgan en los servicios de paritorio y puerperio, en los que no aparecen casi fotos ni de papás con sus criaturas ni de “papa, mama y criatura”,

siendo la mayoría bien de criaturas solas, bien de “mamas con ellas”. En cambio, encontramos otros documentos, como uno de la Asociación La Liga de la Leche, donde aparecen fotos de ambos tipos. Sin embargo, a pesar de que podría ser una medida que ayude a visibilizar que el proceso es de ambos, en general no aportan información sobre en qué aspectos y por qué razones deben participar los hombres.

El documento señalado sí es uno de los escasos ejemplos que hemos encontrado donde se explica, de una forma concreta y sencilla, en qué pueden participar los hombres. Se titula “El rol del padre en la lactancia” (anexo 13), y se indica que una de las claves para que la lactancia materna salga adelante con éxito es que exista la figura del “soporte”. Puede ser desempeñada por un familiar, una amistad o cualquier persona, e incluso puede no existir, pero quien puede ejercer ese papel de una manera decisiva es el padre:

“Para que un padre sea el soporte ha de implicarse tanto en aspectos emocionales como dedicando el tiempo necesario que está situación precisa (...) El ser padre-soporte y formar un triángulo de la lactancia es algo que los padres no deberían dejar pasar y es una experiencia muy enriquecedora y placentera tanto a nivel individual, para todos sus miembros, como a nivel familiar” (Asociación La Liga de la Leche, [sin fecha]:1).

A partir de esta introducción se dan diferentes orientaciones sobre lo que pueden hacer, donde se destacan su función en las labores domésticas, cuidado de otros hijos e hijas, tareas con respecto a la criatura, tomar vacaciones en el nacimiento, disponer de ayudas, no hacer comentarios negativos del tipo: “*Mi pareja no tiene leche*”, “*Es mejor la lactancia artificial*”, y mediar con los consejos contrarios del entorno, convocando de este modo al hombre para que disponga de esta información y sea un apoyo en la decisión y mantenimiento de la lactancia materna. Otro aspecto importante del folleto es la parte que dedica a los obstáculos de los padres provocados por el trabajo o por las aficiones, ya que señala que lo importante en este momento es dedicarse a la familia y que lo otro puede posponerse un tiempo. Y concluye señalando que la igualdad no supone ser iguales, pues la lactancia es un ejemplo de que cada uno tiene que hacer tareas diferentes, la ventaja reside en convertirse en un equipo y en estar ambos igualmente implicados, aunque hagan cosas diferentes.

A pesar de su utilidad, este folleto es desconocido en los servicios sanitarios, y en los cursos en los que lo hemos facilitado a las matronas, les parecía que podría ser un buen instrumento para abordar el tema de la participación de los padres¹⁸⁶. Sin embargo, al dirigirse sólo a las mujeres que opten por la lactancia materna, sólo serviría para sus

¹⁸⁶ Materiales como éste, permiten abordar la participación de los hombres, facilitando por un lado que se hable de una forma concreta acerca de las acciones que podrían hacer y también se les da una información específica para ellos.

parejas y aquellas mujeres y hombres que no den lactancia materna a sus criaturas, siguen sin disponer de folletos de este tipo para orientar su participación en el epp.

8.3.3. La baja por paternidad

Durante el trabajo de campo se produjo un cambio legislativo, con la entrada en vigor de la Ley de Igualdad (2007), que reconoce el derecho de los hombres a un permiso laboral intransferible de 13 días. Anteriormente, sólo se permitía una baja de 3 días después del nacimiento o adopción, ampliable en caso de parto múltiple o problemas de la criatura. Asimismo, las bajas por paternidad debían ser elegidas entre el hombre o la mujer, y las ejercidas por los hombres constituían apenas un 1%. Un año después, nos encontramos que se han acogido a este permiso un 35% de los hombres (INE, 2008).

En el tiempo de trabajo de campo anterior a este cambio no se manifestó, ni por parte de las mujeres ni de sus parejas, la necesidad de este derecho; más bien las quejas iban dirigidas a la brevedad del permiso de maternidad, ya que las mujeres se tenían que incorporar a trabajar a las 16 semanas (cuatro meses): *“Es que es muy poco tiempo, yo lo sé por mi hermana, ha vuelto a trabajar y todavía el niño tomaba pecho, yo por eso, como ahora Sara está en el paro, te quedas más tranquilo, pero se necesitaría más tiempo”* (Ángel, 30-35 años, pareja de Sara, Noceda).

A favor de la medida se han posicionado diferentes plataformas ciudadanas – referenciados en el apartado (2.1.3.)– basándose en la individualidad de los derechos (que no deben ser transferibles de mujeres a hombres), y en la factibilidad económica y política para su realización, pero estas visiones no aparecen en nuestra etnografía.

Una vez concedido este derecho, la mayoría de los actores sociales, tanto mujeres como hombres, así como también profesionales, han mostrado un gran desconocimiento sobre este cambio legislativo, limitado sólo a las informaciones generales que han ofrecido los medios de comunicación. Durante los cursos y consultas, cuando se han realizado preguntas específicas sobre esta cuestión, hemos notado que las profesionales no disponen de información y tampoco conocen los lugares donde derivar a la población para su obtención.

En general, las valoraciones sobre el permiso son muy positivas, pero no queda claro si es en relación a la ganancia de un derecho o al logro de un tiempo de descanso remunerado para los hombres. Los usos de este periodo son diversos, siendo no solamente utilizados para la corresponsabilidad sino también para el beneficio propio:

“La baja la he disfrutado, pero se nos pasó muy pronto, entre descansar y arreglar los papeles. Que no veas, tardé casi una semana, he vuelto a trabajar” (Miguel, cuaderno de campo, centro de salud, Villafranca, 11/06/2007).

“Muy bien, por fin, unos días para descansar, estar en casa, es que a veces no se piensa en los hombres pero lo necesitamos, que hemos estado también sin parar” (Oscar, 35-40 años, pareja de Carmen, Villafranca).

La mayoría de nuestros informantes, de todas formas, han coincidido en lo conveniente de la medida, especialmente porque la reincorporación laboral de los hombres coincidía con el alta hospitalaria de las mujeres, y al tener que trabajar muchas mujeres debían buscar apoyos en sus madres, suegras, amigas, hermanas, cuñadas u otras personas del entorno, que las acompañaran y ayudaran en esos primeros días de vuelta a casa. De esta manera, se puede prescindir un poco de las redes familiares y se da mayor margen para poner en regla toda la documentación legal que es necesario tramitar después del nacimiento.

Por tanto, en la observación se descubre que, primero se piensa en descansar, en arreglar los papeles y en estar en casa, y sólo en algunos casos se nombra después el participar en el cuidado de la criatura; y lo que sigue sin aparecer es el uso para el cuidado y apoyo a sus mujeres en esta fase de recuperación. Maroto (2005), en su estudio con hombres que se definen implicados con la paternidad, encuentra que las responsabilidades de maternaje y paternaje son diferentes: las mujeres son primero madres, luego cuidadoras y después trabajadoras, frente a los hombres que son primero trabajadores, luego padres y en tercer lugar cuidadores, como también se desprende de los datos y análisis que hemos ofrecido en esta investigación.

Las dificultades que enuncian algunos hombres para disfrutar de sus permisos de paternidad son también un reflejo de que el mundo laboral es más proclive a facilitar cambios en los horarios a las mujeres que a los hombres:

“Yo no voy a poder, soy autónomo, me ingresarán el dinero y en la medida en que haga falta estaré más tiempo con mi mujer y con los niños. De momento va a venir mi madre a vivir con nosotros una temporada” (Pablo, 35-40 años, cuaderno de campo, centro de salud, Villafranca, 28/05/2007).

“No se si cogeré la baja, es que me han dicho que sólo cobraría el sueldo base, y yo casi la mitad de mi sueldo es con dietas y eso lo perdería, no sé si ahora podemos permitirnoslo, además me han dicho que no te puedes coger solo la mitad, o todos los días o nada, y claro, son muchos días” (Paco, 25-30 años, pareja de Leticia, Villafranca).

“Sí, he pedido la baja, pero ya cuando comenté que estaba embarazada mi mujer, me dijeron que entonces yo no podía presentarme a otro puesto que era mejor, así que ahora no se si me la darán” (Raúl, 34 años, pareja de Virginia, Noceda).

Estos testimonios muestran a las claras las dificultades derivadas de las condiciones laborales y económicas que tienen algunos hombres. Además, las mujeres y los hombres exteriorizan sus desconocimientos sobre los lugares para su tramitación y los requisitos para su solicitud, como también hemos hecho referencia en relación a las profesionales.

8.4. TENSIONES: CAMBIOS Y CONTINUIDADES

Si la participación de los hombres y la igualdad forma parte de la agenda política, en ocasiones se piensa que revisar estos aspectos supone oponerse a su participación, lo cual está alejado de nuestro planteamiento. Pero en este asunto, cómo en otros, nos parece que quedan más dudas e interrogantes que certezas sobre las aportaciones y formas en que los hombres son situados y se sitúan en este proceso, y sobre si las mismas conducen a la igualdad o dan continuidad a las desigualdades entre hombres y mujeres.

Las tensiones que presentamos se dirigen a reflexionar sobre cómo abordar la experiencia del epp que está corporalmente mediada, dar respuesta y analizar los malestares que presentan los hombres durante el epp, la idealización de la relación de pareja y por último, naturalizar y exaltar las diferencias entre los hombres y las mujeres. Veamos cada uno de estos puntos más despacio.

8.4.1. Reconocer, respetar y vivir el embarazo en un cuerpo ajeno

El hecho de que la experiencia del epp se de en el cuerpo de las mujeres, en algunos hombres provoca cierta envidia, en otros supone relegarlos a un lugar secundario y para otros no reviste mayor importancia. Independientemente de las diferentes posiciones asumidas, este es un aspecto que refleja la diferente relación entre los hombres y las mujeres con sus cuerpos. Por un lado, encontramos que no se tiene en cuenta que los hombres han tenido experiencias corporales diferentes respecto a ellos mismos y a sus parejas, y de pronto se les pide que a partir del epp tomen conciencia de los cambios del cuerpo de las mujeres, que los vivan como propios y que tengan que hacer de apoyo y de cuidador principal. Algunos, como Ángel y Paco, reconocen que les cuesta darse cuenta de los cambios, y según señala González de Chávez (2001:27) ciertos patrones de masculinidad les han empujado a negar todo lo relacionado con lo corporal y con lo emocional en oposición a la feminidad.

Mujeres como Natalia, Laura, Sonia y Leticia señalan las dificultades de explicar a sus parejas estos cambios, porque produce que sean consideradas “quejicas”, “pesadas”, “siempre estás hablando de lo mismo”; por lo que deciden no compartir sus experiencias corporales, e incluso piensan que en estos asuntos no pueden ser comprendidos por ellos: “Esto los hombres no lo viven, les cuesta mirar el parto, pero cómo lo van a hacer si no se han preocupado de darte los masajes con aceite¹⁸⁷ y la regla les parece algo sucio que no tiene nada que ver con ellos” (Cristina, 30–35 años, segundo embarazo, un hijo, trabaja sólo en casa, Noceda). En general, las experiencias de los hombres con los cuerpos de las mujeres han sido desde la distancia y la despreocupación con los procesos reproductivos, sin escucha, observación y cuidado, lo que dificulta que ahora en el epp se comporten de otro modo. Idea que desde nuestra opinión debería trasladarse a la participación de los hombres en el epp.

Las profesionales parten de la normalidad de estas diferencias entre hombres y mujeres para abordar las vivencias distintas y para explicar las formas de participar de éstos en el epp: “Son muy colaboradores, te siguen las explicaciones, preguntan, y eso que ellos no están embarazados” (María, matrona, 45 años, madre, Villafranca). Así se justifica que en cierta medida su participación, menor y pasiva, es debida a que es un proceso en otro cuerpo que ellos no viven, olvidándose que todos los procesos de salud y enfermedad están corporalmente mediados sin que ello suponga una barrera para la empatía, el apoyo, el acompañamiento y el cuidado.

8.4.2. Los malestares masculinos durante el epp

Las mujeres y profesionales manifiestan que los hombres tienen malestares durante el epp, algunas se refieren a ellos como si fueran problemas de salud sin ninguna relación, mientras que otras señalan que pueden tener relación con la paternidad. Se describe por ejemplo el nerviosismo de sus parejas en relación al epp y la crianza, además del hecho de que en ocasiones, éstos se hayan puesto enfermos cuando ellas tuvieron problemas en el embarazo, en sus partos o al llegar a casa en el puerperio. Muchos de estos malestares son inespecíficos, del tipo de cefaleas, dolores osteomusculares y molestias gastrointestinales, principalmente. En algunos estudios (González de Chávez, 2001:99), el porcentaje de futuros padres (especialmente “primípadres”) con una variada sintomatología somáticas alcanza hasta el 65%, que incluye problemas gastrointestinales (pérdida de apetito, náuseas, vómitos, dolores

¹⁸⁷ Según una serie de estudios se indica que si se aplica este tipo de aceite y con estos masajes, proporciona más elasticidad a la zona genital y disminuyen las episiotomías y los desgarros.

abdominales y notable aumento de peso en los últimos meses del embarazo de la mujer), como los que nos describen las mujeres de nuestro estudio. Estos malestares les impiden hacerse cargo del cuidado, acompañamiento y apoyo de sus parejas, y las coloca a ellas en una situación de tener que cuidarles a pesar de su situación de epp. Pero cómo no tienen una causa clara, no se vinculan con el epp.

González de Chávez (2001:28) señala que todos estos conflictos carecen en nuestra cultura occidental de una representación, generándose una agudización de la mencionada censura de la subjetividad paterna, que utilizaría, como única expresión posible, la vía psicósomática. Y añade que dicha sintomatología es presentada especialmente en aquellos padres que no participan en el embarazo y los preparativos para el nacimiento, ni asisten al parto, por tanto sería precisamente ésta la forma de participar, a través de sus somatizaciones.

Desde la antropología se han recogido ejemplos de diferentes grupos culturales en los que existen estas expresiones masculinas, por ejemplo la práctica del “couvade” mediante las que los hombres vivencian también la experiencia del epp en sus cuerpos.

Sin embargo, hombres, mujeres y profesionales no establecen relación alguna de estos problemas con el epp; pero ante la frecuencia de anécdotas de las mujeres en este sentido cabría preguntarse si realmente estos problemas de salud de los hombres, coincidentes con los epp de sus mujeres, son formas de elaborar sus deseos de participar también en el epp y en la paternidad, si significarían formas de llamar la atención sobre la necesidad de ser cuidados y atendidos en este proceso o todo a la vez.

Así pues, habrá que contemplarlo, darle un espacio en la atención, pero ¿quiénes y dónde, a lo largo del itinerario asistencial, tendrían que abrir espacios para esta atención? ¿Las matronas en atención primaria, las y los médicos de familia? Cuestiones que nos remiten a posibles nuevas vías de estudio para ampliar estas consideraciones, profundizando en los significados que atribuyen los propios hombres y recogiendo también sus itinerarios sobre sus deseos de la paternidad, relaciones de pareja y situaciones personales. Y nos hace constatar que el bienestar de los hombres en relación a su paternidad no es una preocupación sanitaria.

8.4.3. El modelo de pareja heterosexual y complementaria

En la atención sanitaria, tanto en los programas como en las acciones profesionales concretas, se constata que no se recoge para nada la posibilidad de que la pareja no sea un hombre o no haya pareja. La centralidad que se da en que este proceso a la pareja y,

por tanto, la asistencia se dirige más a incluir a la pareja masculina que a recoger la diversidad de situaciones de las mujeres.

En nuestra sociedad se considera que el matrimonio es la unión ideal y legítima para la concepción, y el paso previo para la maternidad (Roca, 1996:224–226). De modo que se da por hecho que todas las mujeres están casadas y se habla de “esposa y esposo” y “marido y mujer”, tal y como hemos ido apreciando a lo largo de la investigación. Se reconoce que cada vez tiene menor importancia el tipo de unión civil, que la maternidad y el matrimonio son acontecimientos que según los datos estadísticos están cada vez menos relacionados, pero en el lenguaje cotidiano se sigue reproduciendo esto.

Además, se entiende que el modelo de pareja es el heterosexual, basado en que en la fecundación participan ambos sexos y que la criatura tiene padre y madre, de modo que las que no lo son no aparecen, como se mencionó en el capítulo anterior con mayor detalle.

A pesar de la importancia de la pareja a la que se alude a lo largo de todo el proceso, hemos visto que esta relación no es valorada, e incluso en los casos en que la mujer reconoce que “no están bien”, se le presta apoyo individualmente reforzando su vínculo con su criatura, mediante la exaltación de la maternidad. Se señala que los conflictos son normales, que los desacuerdos en las parejas forman parte de la normalidad, por lo que las visiones diferentes se minimizan y se convoca a que se piensen desde el bienestar de las criaturas, que las decisiones sean tomadas consensuadas sin reconocer las dificultades que conlleva el diálogo. De modo que ni las mujeres ni los hombres hablan y reconocen las resistencias y tensiones que encuentran, tanto en sí mismos como en sus parejas, a lo largo de esta experiencia. Ni tampoco salgan a la luz las relaciones de poder al interior de las parejas ni el ejercicio de la violencia en sus diferentes modalidades.

Tampoco se aborda, prácticamente desde ningún ámbito de la sociedad, que el epp puede suponer una crisis en la pareja y que se necesitan recursos para gestionarlo, sino que más bien se sugiere la importancia de que haya unión para el nacimiento y cómo, gracias a la maternidad y la paternidad, se fortalecerá la pareja.

Aunque las profesionales se escudan en que no se discrimina a nadie, sin embargo bajo esta atención uniforme se está priorizando un modelo de pareja particular, con las características que hemos apuntado en capítulos precedentes. La asistencia está pensada sólo para un tipo de mujeres con pareja, pareja heterosexual y supuestamente simétrica, y a las que no encajan en esta tipología se les presta la misma atención,

invisibilizando sus diferencias y así excluyendo las variadas relaciones que puede tener y su influencia en su bienestar y en su epp.

Este modelo de pareja heterosexual además se explica por todos los actores sociales en base a las diferencias biológicas y corporales entre los hombres y las mujeres, que sostienen su complementariedad. La biología determina que los hombres estén al margen de las mujeres y que las mujeres tengan que llevar el embarazo, parir y amamantar. Esta circunstancia refuerza las diferencias entre los hombres y las mujeres: *“Nosotros no podremos vivir lo que ellas sienten durante nueve meses, sentir como sale su cabecita”* (Raúl, 34 años, pareja de Virginia, Noceda).

En definitiva, todo lo que venimos apuntando en este capítulo conduce a entender que las mujeres, en razón de estas capacidades biológicas, viven el proceso de una manera particular, *son* madres desde el inicio mismo de la gestación, ya que tienen unas habilidades “innatas” en cuanto a cuidadoras y un “instinto maternal” que deviene de su naturaleza femenina, y los hombres, sin embargo, tienen que ir *convirtiéndose* en padres (Maroto, 2005). En la medida en que van participando, están presentes, acompañan a las mujeres y, posteriormente al nacimiento, cuidan y alimentan a sus criaturas, los hombres van tejiendo la relación con las criaturas y se van transformando en padres. De modo que se concibe que una parte de la experiencia de la paternidad es ajena a la voluntad de los hombres, no depende de ellos mismos, de su participación en el proceso, sino que está más bien condicionada por la biología, porque ellos no se quedan embarazados, ni paren, ni amamantan.

Nuestros informantes explican esto para defender que, a pesar de que se está incrementando la participación de los padres en el cuidado y la crianza, la responsabilidad final siga recayendo sobre las madres. Como se ve también en otros estudios, como los de Cristina Brullet (1995:63–65), los patrones tradicionales se siguen reproduciendo, lo que muestra la naturalización de la división sexual del trabajo entre lo reproductivo y lo productivo, y el por qué se justifican las conductas de los hombres que no participan o lo hacen poco en el epp y en la crianza o “no es necesario que disfruten de las bajas paternas”. Y se defiende en mayor medida la complementariedad de los sexos y la exaltación de la maternidad.

Por tanto, nos reflejan que la integración de la participación en los hombres en la atención sanitaria es más un asunto intencional que real, y quedan muchos “nudos” pendientes, a pesar de los cambios sustanciales que han venido acaeciendo en los últimos años. Por lo que es preciso reflexionar sobre ello y avanzar propuestas diferentes, como haremos en el capítulo siguiente de las conclusiones.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
IDEOLOGIAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:
EL CASO DEL AREA 12 DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Maria Isabel Blázquez Rodríguez
ISBN:978-84-692-5930-6/DL:T-1669-2009

9. CONCLUSIONES

En esta tesis se han analizado las ideologías y prácticas de género que aparecen en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio, centrando el estudio en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid. En este apartado final, damos un último paso, sintetizando los principales resultados y presentando las conclusiones de nuestra investigación. Para ello, vamos a verificar las hipótesis de partida, siguiendo para ello el orden de las mismas. Finalizamos con un segundo apartado en el que presentamos una serie de ideas, a modo de propuesta para la aplicación en la atención sanitaria al epp de una perspectiva orientada a la consecución de la igualdad entre mujeres y hombres.

9.1. CONTRASTANDO LAS HIPÓTESIS

Tal y como se define desde la antropología médica, la atención a los procesos de salud queda integrada en trayectorias que podemos denominar itinerarios asistenciales, en los que se incluyen actividades muy diversas en relación a distintos niveles y sistemas de atención. En el caso que hemos presentado en nuestra investigación, es decir, en la atención sanitaria al epp, la mayor parte de este itinerario se corresponde con las visitas y consultas realizadas dentro del sistema biomédico, a lo que hemos denominado itinerario sanitario-asistencial. El modelo biomédico, hoy por hoy hegemónico, ha sido interiorizado por la población, en nuestro caso tanto mujeres embarazadas como parejas como redes sociales, y es visto y “acatado” como el principal recurso y/o sistema para su atención.

En este contexto, las matronas son reconocidas pero de una forma subalterna a las obstetras, quienes, ocupan el lugar central en este proceso. Otros actores y recursos, como las asociaciones relacionadas con el parto y la lactancia, no son reconocidos en el contexto sanitario, a pesar de que sean utilizados por algunas mujeres. En todo caso sólo son tenidos en cuenta en la medida en que no pongan en cuestión la trayectoria que deben seguir todas las mujeres bajo el control biomédico. De modo que por ejemplo los saberes y prácticas del entorno de las mujeres, los recursos sociales y legales en relación a la situación y los permisos laborales, las redes familiares y personales para el apoyo y el acompañamiento –especialmente relevantes en el puerperio–, las asociaciones y los centros asistenciales privados... son alternativas que

no son vistas desde el ámbito sanitario como influyentes en los discursos, la evolución, y las vivencias concretas.

I

El objetivo principal de esta tesis ha sido analizar y mostrar de qué manera aparecen y se conjugan, en este itinerario sanitario-asistencial, ideologías y prácticas de género que constituyen una forma concreta de percibir el epp y de ordenar las relaciones entre las mujeres y los hombres. Y tal y como indicamos en nuestra primera hipótesis de trabajo, cómo a través de las mismas se refuerzan y reproducen relaciones desiguales entre ellos. Este marco de desigualdad se advierte en los hechos que pasamos a resumir a continuación, y de los que hemos ido dando cuenta a lo largo de nuestra investigación:

- **El biologicismo** presente en las ideologías del embarazo, parto y puerperio, ya que tanto desde el enfoque de riesgo como en el fisiológico, perspectivas teóricas principales en relación a la reproducción y el nacimiento, se conforma y sostiene una visión donde la biología es la dimensión fundamental a la hora de comprender y actuar sobre el cuerpo de las mujeres y su salud. De este modo, la práctica asistencial se centra, básicamente, en explorar y recoger determinados datos para valorar la evolución adecuada del epp. Las vivencias de las mujeres que no se corresponden con alguna alteración que se entienda como propiamente biológica quedan relegadas a la idiosincrasia de cada proceso y de cada mujer, siendo “normalizados” como algo que puede suceder pero, sin que se les dé una respuesta, sin que se les dé un lugar dentro de las explicaciones biomédicas; esto incluso aunque las mujeres se refieran a ellos, por ejemplo respecto a la influencia que puedan tener ciertos aspectos de sus vidas, como sus trabajos –remunerados y no remunerados–, o todo lo relacionado con el apoyo de la pareja y/o las posibilidades para su propio cuidado y el de la criatura.

A su vez, esta centralidad de lo biológico impide que lo que va aconteciendo sea interpretado teniendo en cuenta todos los aspectos del contexto sociocultural en el que viven las mujeres, como sucede con variables como la edad, donde los límites entre lo que supone ser demasiado joven o demasiado mayor para un embarazo y parto no está sujeto sólo a razones biológicas sino a valoraciones de las distintas profesionales y, desde luego, también, a características sociales.

- **La uniformización** de las usuarias, que se deriva de esta concepción biologicista, ya que se piensa que el epp es un proceso similar en todas las mujeres, puesto que todas tienen los mismos órganos y funciones. Por tanto, se definen modelos explicativos únicos que se aplican universalmente, y aquellas que no se ajustan a tales descripciones

son observadas desde la desviación de la normalidad, como portadoras de riesgos y patologías. Así sucede por ejemplo en algunas pruebas como el screening del primer trimestre del embarazo, pero también en el parto, cuando los tiempos de duración de cada fase del parto aumentan, o en el puerperio, donde las reacciones que se consideren “anormales” por parte de las mujeres son agrupadas bajo descripciones mórbidas como la “depresión puerperal”. Esta uniformización es causa y consecuencia del establecimiento de protocolos rígidos, cuyo cumplimiento no permite recoger debidamente la diversidad existente entre las mujeres y sus vivencias del epp.

▪ **La medicalización**, fenómeno generalizado en nuestra cultura, pero que presenta particularidades y está muy enfatizado en todo lo que se refiere al proceso de atención al epp. Un primer aspecto a este respecto es que se trata de un proceso no patológico de entrada, aunque en su atención no se tenga en cuenta esta cuestión. Así:

- Se aplican una serie de procedimientos y pautas a todas las mujeres, descritas en los protocolos, que refuerzan su homogeneización. Se exige a todas las embarazadas que acudan lo más temprano posible al “control sanitario”, pues lo contrario constituiría una “anormalidad”, y que realicen todas las visitas, todas las pruebas y todos los tratamientos que les son marcados por sus profesionales. Este carácter de obligatoriedad provoca que aquellas que carecen de posibilidades para su cumplimiento sean excluidas de la atención, además de ser tipificadas como “de riesgo”, carentes de conocimientos y no cumplidoras de los cuidados necesarios. Esto explica los problemas y contradicciones que señalan algunas mujeres, entre querer seguir las pautas sanitarias y las dificultades para hacerlo, como sucede con los problemas derivados de estar trabajando durante el embarazo, de seguir la lactancia materna y en general, de los consejos sobre lo que se valora desde el ámbito sanitario como un estilo de vida sano.

- Se pone en un lugar central dentro de la asistencia a las tecnologías; la realización de pruebas se estima como el mejor método para obtener información fiable sobre la salud de la mujer y de la criatura. De esta forma, se otorga toda la legitimidad a las valoraciones profesionales que se apoyan en estos resultados, sin tener en cuenta otras maneras de explorar el cuerpo y otros datos facilitados por las propias mujeres. Además estas pruebas se presentan como inocuas, cuando en realidad pueden tener consecuencias importantes, como la objetualización de las mujeres, la individualización de los fetos, la creencia en la eficacia de su capacidad diagnóstica y la objetividad de su interpretación. Hay que tener en cuenta, además, que muchas

de estas pruebas están siendo cuestionadas actualmente, ante la diversidad de resultados sobre su utilidad y la aparición de efectos secundarios en las mujeres.

- Se privilegia la atención por el personal médico de obstetricia, y en el nivel especializado. Así se da una desconexión total entre los centros y profesionales de atención primaria y especializada. Esta escisión aparece en los discursos del personal que tienen una visión sincrónica y parcializada de las mujeres, según el momento del itinerario en que contacten con ellas. Sin embargo, las mujeres presentan una visión mucho más diacrónica de sus procesos, donde interrelacionan todos los espacios y profesionales, junto a otros aspectos, como sus propias visiones del epp o sus experiencias sanitarias previas, mostrando de esta forma las discontinuidades en la asistencia que reciben, y señalando a su vez la variabilidad y las importantes contradicciones existentes en la información que reciben, en las pautas entre estos dos ámbitos y en la relación con y entre las profesionales.

Un último aspecto con respecto a la medicalización es la importancia que tiene la autoridad biomédica en el manejo del epp. Aunque desde diferentes ámbitos se reconozcan y señalen las consecuencias negativas de la medicalización y del excesivo control biomédico, pocas voces plantean la necesidad de que el epp pueda ser atendido en la práctica de otra manera (por ejemplo, con un menor número de pruebas o procedimientos y/o en otros lugares fuera del hospital). Los principales argumentos de las profesionales para desestimar la atención obstétrica fuera de los hospitales se apoyan en los posibles problemas que podrían surgir, parapetándose en las cifras de mortalidad y morbilidad materna e infantil; mientras que por su parte, las mujeres desestiman esta opción apoyándose en la necesidad de disponer de una criatura sana. Ambos grupos, por tanto, tienden a depositar su confianza en la biomedicina.

▪ La **centralidad del “producto”** resultante del proceso del epp: la criatura. A partir de las conceptualizaciones acerca de los derechos de los embriones, fetos y criaturas, y también de la inclusión de técnicas que permiten “dialogar” directamente con ellos, las futuras criaturas, según lo observado, se han convertido en “pacientes” del epp, junto con las mujeres. De esta forma son vistas como sujetos de derechos no sólo de las mujeres–madres, sino también de los hombres–padres. Todo ello da lugar, entre otras cosas, a que los hombres sean requeridos en la atención para tomar decisiones “consensuadas con sus parejas”, a la vez que para promover que las mujeres se cuiden por el bien de sus criaturas. Se obvian las problemáticas derivadas de que los hombres participen en las decisiones relacionadas con un cuerpo ajeno –el de la mujer embarazada– y asimismo las que puedan derivarse del tipo de relación de pareja que

exista, la cual, como hemos comprobado, si es desigualitaria, se puede sentir reforzada con el apoyo sanitario.

Otros aspectos que hemos mostrado y que reflejan la centralidad de las criaturas en la interacción asistencial tienen que ver con la promoción y la importancia de la creación del vínculo “materno-filial”, tanto desde el enfoque fisiológico como desde el de riesgo, como el elemento que garantizará el buen desarrollo de la criatura. Algunos estudios que se presentan como científicos, minoritarios pero muy influyentes en algunos entornos asociativos y profesionales, están reforzando la idea de que la vida prenatal y el primer año de vida constituyen la etapa más decisiva en la vida de un ser humano, lo que da lugar a que se potencien las orientaciones sanitarias hacia las mujeres sobre lo qué deben hacer y lo qué no deben hacer en sus vidas, todo por el bien de sus criaturas.

A aquellas mujeres que no lleven a cabo prácticas como el contacto “piel a piel” y la lactancia materna, por ejemplo, se les advierte sobre las consecuencias que ello conllevará en el bienestar de sus criaturas a corto y largo plazo. Además, las conclusiones a las que llegan las profesionales es que dichas mujeres no deseaban sus embarazos o carecen de información suficiente sobre estas cuestiones, sin reconocerse que pueden existir otras formas de entender la maternidad o de cuidar y vincularse con criaturas e hijas/os. Bajo estos discursos no se especifican cuáles son las “necesidades básicas” que tienen las criaturas ni quién debe realizarlas, algo que daría pautas concretas sobre cómo hacer la crianza y, facilitaría mucho a los hombres, o a otras personas del entorno, conocer y ejercer también estas funciones. Pero visto lo visto, todo se centra en la (futura) madre y en el vínculo que ella establece con el fruto de su embarazo.

▪ La **organización productivista** de la atención. Un sistema sanitario público, debe –al menos teóricamente– atender a todas las mujeres, lo que exige controlar el coste de estos procesos y establecer un sistema riguroso de citas, a la vez que un control de los tiempos asignados a cada mujer en las consultas, en la duración de sus partos, en los días de ingreso hospitalario y en la menor asistencia durante el puerperio. Sin embargo no se aplica esta lógica de la misma forma a otros aspectos de la atención, como el mayor coste del control del epp por las obstetras frente a las matronas, o de la atención especializada frente a la primaria, o a la posibilidad de parir en los domicilios frente a los hospitales o el mayor o menor uso de procedimientos y tratamientos médicos, como algunos ejemplos.

▪ **La promoción de la centralidad de la maternidad** en la vida de las mujeres. Tanto los protocolos y documentos como las profesionales nombran a las mujeres como “madres” desde el momento de la anidación, y se fomenta que se sitúen en este rol de madres desde el inicio mismo de sus embarazos. Así, se las va socializando en que ser madres significa que son y deben ser las protectoras y cuidadoras de sus criaturas. Muchas veces se promueve, o por lo menos no se considera negativo que puedan llegar a perder sus trabajos remunerados y/o renunciar a ellos, y que abandonen ciertas facetas de sus vidas siempre en pro de un cuidado ideal de sus criaturas.

De esta forma, poco a poco, las mujeres van interiorizando que lo más importante para ellas es ser madres, y van moldeando sus deseos y querencias en torno a este modelo que exige un gran compromiso con la criatura. Por tanto, bastantes de ellas, en la medida que disponen de otras posibilidades económicas y laborales, y especialmente si no se han sentido apoyadas y acompañadas en sus vidas profesionales, deciden abandonar, al menos transitoriamente, el mercado laboral, reproduciendo de este modo los esquemas dominantes en cuanto a la exaltación de la maternidad. Y, por qué no, reproduciendo también el discurso de sus propias madres, aunque para ellas ésta era tal vez la única opción, y en cambio las mujeres actuales disponen de un mayor margen de elección. Es decir, no se perciben excesivos cambios en esta visión tradicional de la maternidad.

▪ **La relegación de los hombres de todo el proceso.** Aunque a los hombres se les permite el acceso a la atención sanitaria y se reclama su participación como parejas de las mujeres y “padres” de las criaturas, en la práctica no está bien definido lo que se espera de ellos, ni por parte de las profesionales ni por parte de las propias usuarias. De este modo, se percibe su presencia como acompañantes en algunas consultas, en algunos cursos grupales del embarazo, en el paritorio y en el servicio de puerperio, todo ello de una forma discontinua. Sin que su ausencia en alguno de los momentos del itinerario asistencial tenga una relación directa con que no participen en el epp, no apoyen a sus parejas, no deseen su paternidad o no tengan una relación igualitaria con su pareja. E igualmente, pero al contrario, su presencia no implica que sean un apoyo real para las mujeres, que hayan reflexionado y deseado su paternidad, y mucho menos que mantengan una relación igualitaria con su pareja.

Sobre todo se advierte que desde el ámbito sanitario se les invita a participar en el cuidado de las criaturas, por ejemplo con el método canguro para el contacto “piel a piel” o con el aseo. Sin embargo, su incorporación a estas tareas en los servicios de paritorio y puerperio es muy escasa, y cuando vuelven a las consultas de las matronas,

tras el regreso a los hogares, las mujeres manifiestan que los hombres apenas participan en estas tareas, tendiendo a normalizar su menor participación ya que ellas, son las madres y, por tanto, las cuidadoras principales.

Por otra parte, en el transcurso de este itinerario hemos encontrado algunas acciones, que refuerzan la situación de inferioridad de las mujeres, ya que las colocan en una relación de dependencia y de necesidad de sus profesionales, tales como:

- **La presunción de normalidad de los malestares de los cuerpos de las mujeres**, que produce que hayan “aprendido” a aceptar que sus cuerpos sean débiles, que estén cansados y doloridos, y que los epp no sean experiencias más “gozosas”.
- **La devaluación de sus saberes y experiencias** sobre su propio cuerpo, su salud y sus criaturas, que son descritos como si fueran creencias, frente a los saberes de las profesionales, que son conocimientos científicos y válidos. Lo que refuerza la dicotomía existente entre los expertos y los legos (mujeres, redes sociales y otros grupos no profesionalizados –como las asociaciones dirigidas al epp y a la salud de las mujeres–).
- **La incertidumbre** que se asocia a cada etapa del epp, ya que pueden aparecer riesgos que conduzcan a la enfermedad y a la muerte. Lo que provoca que las mujeres perciban que pueden surgir problemas en cualquier momento, que amenacen sus vidas y las de sus criaturas, y que acrecientan por tanto la “necesidad” del control biomédico.
- **Las carencias que tienen las mujeres** a la hora de manejar la información médica, de comprenderla, de tomar decisiones, que explica que no se les haga partícipes del control de sus epp –no se les informe, no se les consulten las diferentes opciones...–; a lo que se suma, en líneas generales que las profesionales no se esfuerzan en compartir ni traducir el saber médico.

II

Como consecuencia de lo anterior se desprende la segunda hipótesis de nuestro trabajo, que indicaba la naturalización del epp como una forma de invisibilizar el carácter sociocultural que lo define. Esto puede advertirse en:

- El biologicismo que, como hemos señalado, impide que se atienda a las interrelaciones entre todas las esferas de las vidas de las mujeres y que se tomen en cuenta todos los factores que influyen en sus procesos de salud, enfermedad y atención, incluidos los culturales y sociales de sus vidas tanto como modeladores de sus vivencias como de sus significados.

- El itinerario sanitario del epp en su conjunto, que al regirse por el modelo biomédico, invisibiliza otros factores socioculturales que influyen en él, que explican que los saberes y prácticas sanitarias surgen en un proceso histórico en el que se ha ido modificando la atención sanitaria y la organización asistencial (pública/privada), así como la formación y tareas concretas de los profesionales (matronas y obstetras).

E igualmente que explican que actualmente, en nuestra sociedad, la población en general, valore el hospital, el personal médico y sus medios como la manera de dar respuesta al nacimiento.

- La aplicación de diferentes protocolos, prácticas y procedimientos que varían ampliamente en el interior del sistema biomédico, entre unas áreas sanitarias y otras y entre países, por lo que su uso también está sujeto a rutinas profesionales no siempre lo suficientemente revisadas.

- Los enfoques del epp como el del riesgo o fisiológico, al igual que ciertos conceptos como “natural”, “normal” y “humanizar la atención”, tejidos sobre diferentes significados que influyen en la organización sanitaria, en las profesionales y también están determinadas por cada contexto particular.

- Los diferentes significados sobre el valor de las criaturas, de su lugar en la maternidad, de la propia maternidad y paternidad. Como hemos indicado, en el ámbito sanitario se observa que ser madre sigue entendiéndose como un hecho “natural” que deviene de la capacidad biológica de embarazarse, parir y amamantar, y explica la existencia de una “intuición femenina” y unas emociones innatas para la crianza y el vínculo con la misma, y proceden de lo que se espera en nuestra cultura al respecto.

III

La tercera hipótesis de nuestra investigación hacía referencia a que el género se articula con otras variables de desigualdad social (como la clase social, la edad, la cultura/país de origen, la situación laboral, tener pareja y el tipo de pareja). Y esto se refleja en varios aspectos:

- En el tipo de atención que las profesionales prestan a las mujeres, ya que son estas variables las que influyen en la actitud de sus profesionales respecto a la información, a la toma de decisiones y a ser escuchadas. De esta forma, las mujeres con mayor nivel educativo o que aparentan un mejor nivel socioeconómico son más tenidas en cuenta que las percibidas como pertenecientes a peores niveles socioeducativos: extranjeras,

gitanas, adolescentes..., de las que se piensa que no tienen “capacidad” para cuidarse, y que, por tanto, requieren mayor tutelaje sanitario.

- En las posibilidades reales que tienen las mujeres para cuidarse, acudir al sistema sanitario y decidir ante la maternidad. Es decir, aquellas con mejor situación social o económica disponen de más opciones, por ejemplo, para utilizar centros privados, acudir a diferentes profesionales, buscar y pagar recursos para sus cuidados y para la maternidad. En cambio, las que tienen peores condiciones de vida, no tienen apoyos o recursos ni externos ni personales, tienen en principio menos posibilidades para garantizar su bienestar.

Habría otras variables también atravesadas por el género, y que hemos descubierto en la investigación, que determinan que las mujeres se posicionen y atiendan su proceso de distinta manera, demandando mayor control o no, y percibiendo más negativamente su embarazo o, por el contrario, disfrutándolo, como sus experiencias anteriores con el sistema sanitario, con el epp y su situación laboral.

IV

La cuarta hipótesis de trabajo aludía a que muchas profesionales, así como las asociaciones profesionales, como la SEGO, comparten el enfoque de riesgo del epp y la necesidad de control médico, aunque aparezcan divergencias entre ellas. Así, se defiende que la biomedicina dispone de los conocimientos autorizados para atender a éste y otros procesos de salud y enfermedad; e igualmente se sostiene que dichos saberes son objetivos, neutros y eficaces. Transmitidas estas visiones a las mujeres, ellas interiorizan la posibilidad de riesgo durante todo el epp, a partir de lo cual admiten la medicalización, el uso de pruebas y el aumento de visitas. Estos discursos son apropiados también por las parejas y las redes sociales, lo que supone un refuerzo de la autoridad médica y la exclusión de otros saberes distintos, como los de sus madres u otras mujeres del entorno, o los de algunos grupos y asociaciones que están fuera de la red sanitaria.

Como cambios a destacar por estos actores que utilizan un enfoque de riesgo, ha ido surgiendo una preocupación por la “humanización” de la asistencia, que actualmente queda definida como la participación de las mujeres y sus parejas en este proceso; es decir, se basa por una parte en el derecho a participar, concretado principalmente en recibir información, estar acompañada y decidir. Pero, por otra parte, el participar conlleva la responsabilización de las mujeres sobre lo que les pasa, ya que han sido informadas sobre lo que las pautas sanitarias a seguir y los efectos de las mismas.

Otros cambios en el enfoque de riesgo se advierten en el reconocimiento explícito de que puede haber “partos no intervenidos”, es decir, en los que no se realicen ciertos procedimientos. Aunque siempre desde discursos que recuerdan la clasificación del riesgo y la vinculación del no intervencionismo con las cifras de mortalidad materna e infantil, argumentos que tiñen de incertidumbre y de miedo todo el proceso, coaccionan las decisiones de las mujeres y refuerzan la necesidad de control en busca de las “máximas” garantías del bienestar.

Por otra parte, señalar que durante el desarrollo de nuestra investigación hemos asistido a una transformación relevante, porque el enfoque fisiológico –que ocupaba una posición menos visible o subalterna y pertenecía más al ámbito de las matronas, grupos de salud y asociaciones de mujeres– ha pasado a ser defendido como el posicionamiento teórico que permite la humanización de la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio y otra mirada sobre la salud de las mujeres, que incluye (o quiere incluir al menos) la perspectiva de género. La visibilidad de este enfoque ha quedado plasmada en la elaboración y aprobación de la Estrategia de Atención al Parto Normal, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como aspectos novedosos, desde el enfoque fisiológico se está impulsando una lectura normalizadora del cuerpo femenino, señalando su capacidad para manejar el epp. También se están valorando algunos elementos socioculturales del proceso –ya que el nacimiento es visto como un acontecimiento familiar y social, donde son importantes las emociones y la sexualidad de las mujeres, la participación de las parejas y su entorno y la concesión de un lugar a la criatura aún por nacer–; pero sin embargo, se ha enfatizado mucho la centralidad de la maternidad y el vínculo específico de la mujer con la criatura. Además, como hemos mostrado en nuestro trabajo, se está contribuyendo a perpetuar desde estas posiciones otras características negativas de la biomedicina como el biologicismo, la uniformización, la vigilancia sanitaria, en definitiva, su hegemonía, que implica la exclusión de otros modelos de atención al epp y la pervivencia del riesgo como un fantasma que acecha tras el epp.

De todas formas, no estamos hablando de compartimentos estanco. Tanto el enfoque de riesgo como el fisiológico coexisten, y hay ciertos aspectos de este último que se acomodan y legitiman el primero. En lo que corresponde por ejemplo a las matronas, aunque se defiende que su formación y práctica se centra en entender de una forma fisiológica el epp, se advierten diferencias según el nivel asistencial en que trabajen. En atención primaria comparten un protocolo que promueve esta visión, aunque cada matrona introduce variaciones según sus propios esquemas, también sobre las

necesidades que cada una considera que tienen las mujeres que ella atiende. Además, en el conjunto de las matronas, se advierten diferencias entre aquellas que cuestionan el modelo asistencial y aquellas que creen que este modelo es el único capaz de garantizar plenamente la buena marcha del proceso. Pero donde las diferencias se hacen más patentes es en la atención especializada, tanto en las consultas de seguimiento del embarazo como en los paritorios, pues cada hospital establece su propio protocolo. Estas discrepancias se traducen en diferentes lugares para atender, profesionales, número y actividades de cada visita, pruebas y tratamientos que se realizan y en los consejos sanitarios.

Por otra parte, las diferencias entre las profesionales se derivan, no tanto de sus perfiles profesionales, como de otras variables. Entre ellas encontramos algunas con experiencias como embarazadas y madres, lo que en general les permite empatizar más con las mujeres que atienden, reconocer mejor las dificultades para el cuidado y para seguir las pautas sanitarias, distanciarse de sus conocimientos y observar así sus propias limitaciones.

V

La hipótesis quinta subrayaba que el personal sanitario que tiene una mirada más igualitaria establece otro tipo de relación con las mujeres, e intenta dar otro tipo de atención dentro de las limitaciones presentes en la organización asistencial y en el cumplimiento de los protocolos. Lo cual se ha confirmado. Esta **atención más igualitaria** propiciada por sanitarias que comparten una ideología feminista, una visión horizontal de la atención sanitaria y su experiencia en el epp, se caracteriza por:

- Intentar ofrecer una **respuesta a la diversidad** de las mujeres, personalizando la atención. Algunas profesionales son capaces de adaptar los protocolos y los tiempos a las necesidades de las mujeres, permitiéndoles hablar y escuchándoles.
- Tener una **visión más equilibrada** de todos los aspectos de la vida de las mujeres. Algunas profesionales informan a las mujeres sobre sus derechos legales de protección del embarazo, de maternidad y paternidad, les preguntan sobre sus trabajos, sus cargas de cuidados, su relación de pareja, sus vivencias y sus deseos, permitiendo que éstas expresen sus dudas, incoherencias y saberes.
- Aspirar a **superar las visiones fragmentadas** del epp, en que cada profesional sólo atiende y da respuesta a una parte del proceso, según el nivel asistencial en que trabaje. Algunas matronas y obstetras facilitan que las mujeres, pregunten por aspectos de las

otras etapas, y reconocen también las dificultades que conlleva esta escisión de la atención.

- **Fomentar la autonomía de las mujeres** mediante el acceso a la información y a la toma de decisiones. Algunas profesionales aportan información oral y escrita, comprueban su comprensión de la misma, valoran que éstas sean capaces de saber qué es lo que más les conviene, les alientan a que decidan por sí mismas, y les estimulan para que prueben y comparen los diferentes consejos sanitarios, especialmente en lo relativo a los cuidados de las criaturas.
- **Promover la desmedicalización** del proceso, explicando a las mujeres los riesgos y límites de los diferentes procedimientos, y las alternativas a los mismos. Y, prestar también, un mayor apoyo y acompañamiento durante todo el epp.
- **Integrar a las parejas** de las mujeres y a su entorno familiar, promoviendo la corresponsabilidad en el cuidado y atendiendo a las necesidades que tenga cada mujer al respecto.

Hemos observado en nuestro trabajo, pues, que es posible encontrar profesionales preocupadas en cómo integrar a las mujeres, en cómo promover otras vivencias con respecto al embarazo, parto y a la maternidad.

VI

Nuestra sexta hipótesis de trabajo versaba sobre que las mujeres, aunque parece que aceptan y no cuestionan los consejos de sus profesionales, los ponen en relación con sus saberes y los de sus fuentes (otras mujeres, Internet y diferentes publicaciones) y ellas deciden lo que harán, aunque no lo expresen así a sus profesionales.

La mayoría de las mujeres acuden al sistema sanitario para que les de garantías sobre el bienestar de sus criaturas, para buscar protección ante el riesgo y porque manifiestan que desconocen qué supone la “normalidad” de lo que les sucede en sus cuerpos. Piden información y respuestas a sus malestares, consultando a diferentes profesionales y servicios hasta encontrar una explicación que les resulte plausible. Ante las informaciones contradictorias, algunas consultan a otras profesionales que valoran como más cercanas, aunque esto, pueda ser definido por sus profesionales como un uso inadecuado de los servicios.

La mayoría de ellas comparten con algunas profesionales el mismo esquema respecto al riesgo y una visión negativa sobre sus cuerpos, que junto con sus preocupaciones por el bienestar de sus criaturas favorecen que sus necesidades queden en un lugar secundario, lo que se traduce en una mayor demanda de asistencia. De modo que ellas

no viven por lo general de forma problemática el mayor número de pruebas y visitas de control, aunque se está promoviendo una menor medicalización de la atención al epp. Todo esto explica también que tomen posiciones pasivas y de subordinación frente al personal. Por tanto, es preciso plantearse dónde está el límite del control sanitario y del uso de pruebas médicas, y cómo conseguir revertir esta posición de pasividad y de dependencia, que refuerza su subordinación.

VII

La séptima hipótesis quería dar cuenta de las principales tensiones que surgen entre las mujeres y las profesionales, que se relacionan con diferentes aspectos, como la información de la atención sanitaria, las representaciones del epp, la respuesta a sus demandas y el control sanitario. Veamos estas cuestiones una por una:

- La información sanitaria: las profesionales informan a las mujeres de aquellos aspectos que ellas valoran que éstas necesitan. De esta forma, las mujeres desconocen el itinerario asistencial completo y las actividades que les van a realizar y su fundamentación; por tanto, no están en condición de gestionar bien su proceso. Esto les obliga a tener que preguntar a cada profesional sobre sus actuaciones, y a pensar que las variaciones en las respuestas están más vinculadas con sus propias circunstancias personales que con la organización sanitaria y sus profesionales. El desconocimiento de las mujeres conduce por tanto a que dependan de los saberes de los especialistas y se vean obligadas a confiar en su buen hacer y saber.

El desconocimiento de las actividades a cumplir en cada ámbito hace que se transmitan informaciones discordantes, e incluso que se promuevan actividades contradictorias. Esto es especialmente relevante en un momento de cambio del enfoque en la atención al parto donde se están cuestionando algunos procedimientos. Así, las mujeres llegan al hospital con unas ideas preconcebidas sobre lo que les van a hacer que, en muchas ocasiones, no se corresponden con las establecidas y que son las que finalmente les son efectuadas.

- Los enfoques del epp: la mayoría de las mujeres de nuestro estudio no comparten algunas ideas del enfoque fisiológico como el menor control sanitario. Una de las medidas que se ha planteado para su aceptación se sustenta en explicarles, en darles más información, para que demanden y apoyen esta perspectiva. Sin embargo, existen, como hemos mostrado, otros elementos además del saber –o no saber– que influyen en la demanda de control sanitario. Al no advertirse cuáles son las visiones de las mujeres, sus preocupaciones y sus demandas concretas, hemos sugerido la posibilidad de que

este enfoque no llegue a ser bien aceptado por ellas y se las responsabilice de que mantengan una visión del riesgo.

- La falta de respuesta a sus demandas: se concreta en el desinterés de la atención sanitaria hacia otros aspectos de la vida de las mujeres que puedan estar condicionando su salud y que puede que no les ayuden en sus cuidados, sobre todo en lo relativo a los trabajos, remunerados y no remunerados. Las malas condiciones laborales se hacen más visibles ante el embarazo y, ante la falta de derechos para poder ausentarse de los trabajos y acudir a las visitas sanitarias, de cuidarse y proteger sus embarazos, ellas perciben que sus trabajos no las “acompañan”. Como además algunas mujeres temen que las condiciones laborales puedan producir algún efecto sobre sus criaturas, reclaman estar sin trabajar para cuidarse y poder evitar problemas. Sin embargo, las profesionales interpretan todo esto como que las mujeres son débiles, exageradas y quejicas, que quieren aprovecharse del sistema, que quieren dejar de trabajar cuando el embarazo es un proceso fisiológico que no supone una enfermedad.
- El control sanitario: las profesionales son las que deciden y “preman” a aquellas mujeres que se ajustan a las pautas sanitarias y al cumplimiento de los protocolos, y por el contrario las que no lo hacen, son “sancionadas” y/o “invisibilizadas”.

VIII

Otra de nuestras hipótesis, la octava concretamente, se centraba en el lugar que ocupan en la atención al epp las asociaciones de mujeres como El Parto Es Nuestro o Nacer en Casa y, en menor medida, La Liga de la Leche, que como hemos ido mostrando a lo largo de nuestra investigación han participado en la concreción del enfoque fisiológico. Además, los servicios que prestan estas asociaciones han sido utilizados tanto por las mujeres como por las profesionales, aunque no compartan sus visiones, desde el reconocimiento de su labor en la promoción de otro modo de asistencia y en el necesario protagonismo de las mujeres en él.

Sin embargo, en líneas generales, estas asociaciones, aunque se sitúan en el enfoque fisiológico, presentan una visión esencialista del epp y la maternidad que perpetúa la naturalización de las diferencias entre mujeres y hombres, la centralidad de la biología en las diferencias entre ambos, la continuidad de la división sexual del trabajo, y la centralidad de la maternidad y la criatura, lo que al final nos aleja nuevamente de un planteamiento igualitario como el que defendemos en esta tesis, que reconozca la diversidad y el carácter cultural de estas experiencias de la vida.

IX

Nuestra última hipótesis afirmaba que existe cierta ambigüedad en los discursos y prácticas de las parejas masculinas de las mujeres. Si bien algunos hombres están empezando a corresponsabilizarse en el epp, la gran mayoría siguen quedándose al margen, ya que valoran que estos asuntos han pertenecido históricamente a las mujeres, y así deben seguir.

Estas contradicciones de los hombres también se insinúan con respecto al acompañamiento. Las profesionales se escudan en que sólo puede haber un acompañante, las mujeres deben elegir a quién quieran para esa función, bien a sus parejas o a otras personas como sus madres, hermanas y amigas. No suelen ser conscientes de cómo potencian e invitan a que ésta persona sea la pareja, lo que se argumenta a lo largo de todo el proceso por el hecho de ser los “padres”. Los hombres señalan que las dificultades para acompañar, participar y apoyar a sus parejas son externas a ellos, derivadas de sus trabajos, de sus parejas o del propio ámbito sanitario. Sin embargo la mayoría de las mujeres sí reconocen las carencias en este acompañamiento, bien por diferentes procesos educativos o porque “son hombres” – como los principales argumentos que se esgrimen–, pero creen que les tienen que dar la oportunidad de estar presentes en el proceso asistencial.

Por otro lado, da la impresión de que los hombres utilizan los permisos de paternidad en primer término como un tiempo para el descanso y para “arreglar papeles”, y sólo en segundo o tercer término para cuidar a sus criaturas –pero no a sus mujeres–. En cambio, el permiso maternal se justifica sobre todo para aprender y ejercer su rol de cuidadora y para sus propios cuidados después del parto.

Por tanto no se notan cambios significativos en la división sexual del trabajo, y en general todos, mujeres, hombres y profesionales siguen pensando que son ellas quienes tienen que encargarse de lo reproductivo. Y que, por tanto, son ellas también quienes deben disfrutar de las bajas maternales.

X

Destacar por último que todos los actores sociales participantes sitúan las diferencias entre mujeres y hombres desde y en lo biológico. Aspecto que, en un proceso como el analizado, produce que en base a las diferentes vivencias corporales que sólo tienen las mujeres se expliquen los roles diferenciales que tiene que realizar cada uno, además de sus vivencias y posiciones ante la reproducción. De manera que se refuerza así una visión complementaria y diferencialista de los sexos, que se amplía más allá de la capacidad de gestar, parir y amamantar a la maternidad, y en general, a la vida de las mujeres.

9.2. ALGUNAS SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN

El segundo objetivo general de nuestra tesis doctoral era el de avanzar en la integración de la perspectiva de género en la atención sanitaria a la reproducción, a partir de los resultados de la investigación. Para ello recogemos, profundizamos y revisamos críticamente también las reivindicaciones que ya se están haciendo desde sectores profesionales y asociativos. En la propuesta que incluimos en este apartado se sintetizan por tanto los resultados principales de nuestra investigación. El resultado es un conjunto de ejes de reflexión y actuación que, aunque articulado para el caso concreto del epp, podría servir también con algunas variaciones para otros procesos de salud/enfermedad/ atención.

La propuesta se articula en ejes puntos que deberían ser contemplados tanto en la teoría como en la práctica de la atención sanitaria, que son: 1) el enfoque integral en la atención; 2) el control por parte de las mujeres; 3) la desmedicalización; 4) la desnaturalización de la maternidad; 5) la corresponsabilidad de las parejas y social en general.

Enfoque integral en la atención

En la atención sanitaria actual al epp se están promoviendo algunos cambios que comparten con este eje atender a las mujeres de una forma holística, sin embargo valoramos que un enfoque integral además debería:

- Reconocer de hecho la diversidad existente entre las mujeres con diferentes necesidades, demandas y expectativas que influyen en su epp, y con diferentes vivencias al respecto, e incluir esta heterogeneidad en los programas y protocolos que guían la asistencia obstétrica. Esta diversidad no sólo implicaría tener en cuenta variables como la cultura/país de origen, edad y clase social (que, por otra parte, no siempre influyen en la forma que el ámbito sanitario mayoritariamente considera) sino también otras, como las experiencias sanitarias previas, gineco-obstétricas u otras, situación laboral, ser madres o no, tener pareja o no, tipo de pareja y convivencia, y, especialmente aquellas relacionadas con su enfoques sobre el epp, la atención sanitaria y la maternidad.

- Prestar una atención personalizada, que tenga en cuenta las biografías, circunstancias y demandas de las mujeres. Lo que supondría adaptar lo máximo posible los protocolos y las prácticas sanitarias así como los tiempos de consulta, ingreso y otras pautas a cada una de ellas.
- Comprender que los significados en torno al epp, la maternidad, el nacimiento y la crianza están sujetos a interpretaciones socioculturales tanto por parte de las propias mujeres como de las profesionales, y dentro de unas coordenadas sociales concretas y de unos saberes sanitarios también concretos. Por lo que conceptos como el “riesgo”, lo “fisiológico”, lo “natural”, lo “normal” e incluso el cuidado y la salud no “hablan por sí mismos” y tienen de hecho sentidos diferentes que deberían ser explorados, reconocidos y considerados, ya que pueden determinar tanto la atención que es prestada como la requerida por las mujeres.

Control del proceso por parte de las mujeres

Actualmente se habla bastante de promover la participación de las mujeres en su atención obstétrica mediante el acceso a la información y al proceso de toma de decisiones. Desde nuestro punto de vista, la participación de las mujeres implica:

- Autorizarlas para la gestión y definición de sus procesos de salud. Lo que implicaría reconocer que cuentan, en la medida que sea, con saberes teóricos y prácticos tan eficaces como necesarios para promover su salud y llevar a cabo su autocuidado. A partir de esta idea, es fundamental dar la palabra a las mujeres en la interacción sanitaria y preguntarles sobre sus ideas, recursos y prácticas concretas. Ellas tendrían que poder nombrar lo que les pasa y ubicarlo dentro de sus propias explicaciones y circunstancias. Solo a partir de la identificación de estos modelos explicativos sería posible que las profesionales negociaran los diagnósticos y encontraran junto a ellas la mejor respuesta a cada situación.
- Indagar y proponer actuaciones dirigidas a aquellas mujeres que tienen dificultades para acceder a algunos de los recursos del itinerario sanitario asistencial, dificultades que pueden estar relacionadas con cuestiones propias, de sus parejas, de sus entornos, o del propio ámbito médico.
- Establecer mecanismos para evaluar los procesos de información prestados a las mujeres, que podrían ser registrados en sus historias, reflejando si la información proporcionada es:

- Completa, recoge las razones de los tratamientos y consejos sanitarios, los beneficios y riesgos de pruebas y procedimientos que se quieran efectuar, sus alternativas, y los resultados y/o la evolución.
 - Oportuna, en relación con las demandas de las mujeres y con el momento del itinerario sanitario, con tiempos para su interiorización.
 - Comprensible, con lenguaje sencillo y explicando los términos médicos.
 - Adaptada a cada mujer y disponible tanto de forma oral como escrita.
- Informar y facilitar el acceso a los diferentes recursos que existan en relación al epp no sólo dentro del sistema sanitario, lo que exigiría la coordinación entre atención primaria y especializada tanto respecto a sus profesionales como en los protocolos y pautas sanitarias. Además, se debería recoger toda la información disponible sobre recursos que existan en cada entorno, como los relacionados con sus derechos de protección de riesgo durante el embarazo, del permiso de maternidad y paternidad, de la conciliación de la vida familiar y laboral, de asociaciones de mujeres¹⁸⁸, generales o de salud.
 - Permitir que las mujeres decidan en todo momento, sin coacciones de las profesionales o de sus familiares y allegados, especialmente todo lo relativo a la realización de las pruebas y procedimientos que están siendo más cuestionados, el acompañamiento y apoyo durante la atención sanitaria, así como cuestiones importantes relativas a la crianza y el cuidado compartido de sus criaturas.
 - Dar tiempo y espacio, especialmente durante los cursos grupales del embarazo y del puerperio, pero también en las diversas interacciones sanitarias, para que las mujeres y sus acompañantes aprendan a solicitar información, preguntar a sus profesionales sobre los diversos procedimientos, comprender la información y superar las dificultades para el manejo de la misma.

¹⁸⁸ Consideramos que las asociaciones de mujeres son uno de los recursos que pueden promover que las mujeres aumenten su autoestima, tomen conciencia de sus vidas, de sus cuerpos, de sus necesidades y querencias para luego poder expresarlas a sus profesionales y a sus parejas, y así poder ser autónomas. Nos parece un recurso muy valioso fuera del ámbito sanitario para atender las diversas situaciones de partida de las mujeres y propiciar que tomen posiciones subjetivas activas en sus vidas.

Desmedicalización del proceso

Cuando se habla de desmedicalización del epp los discursos se suelen referir a limitar al máximo ciertos procedimientos y pruebas que no deberían ser realizados de una forma general a todas las mujeres. Por ejemplo en el embarazo, la amniocentesis, y en el parto, el enema, el rasurado, la monitorización interna, la rotura de la bolsa amniótica, la inducción, la colocación de la vía intravenosa, la administración de sueros y fármacos estimulantes del parto, la anestesia epidural, la posición de litotomía, la episiotomía, el pinzamiento y el corte temprano del cordón, y la cesárea.

Sin embargo, cuestionar la medicalización del epp debería suponer además:

- Fomentar una visión crítica del enfoque del riesgo y patologizador de los cambios corporales que se suceden, que supone por sí mismo una mayor vigilancia y control, potencia en las mujeres una visión negativa de su cuerpo y su salud, y les aboca a ser sometidas a control médico.
- Proponer acciones para ayudar a las mujeres a manejar la incertidumbre derivada de los procesos de salud y enfermedad, entre las que estarían acompañar, escuchar sus preocupaciones y darles respuesta.
- Explicitar durante las consultas y visitas las limitaciones de los saberes biomédicos y las posibles consecuencias de sus tratamientos, tanto diagnósticos como terapéuticos, para que las mujeres puedan decidir, gracias en parte al acompañamiento profesional, cuál es la opción más conveniente para cada caso.
- Reconocer y registrar los otros recursos que utilicen las mujeres para el cuidado de sus epp, tanto dentro del ámbito sanitario público como privado y otros sistemas de atención, por ejemplo medicinas alternativas o profesionales como comadronas que hacen partos en casa o doulas.
- Revisar críticamente los resultados existentes de los estudios tanto cuantitativos como cualitativos sobre el epp para descubrir sus limitaciones y carencias. Al mismo tiempo, proponer investigaciones en torno a aspectos como: la cobertura de la atención sanitaria, el uso de los servicios sanitarios, algunas pruebas que no están siendo cuestionadas pero son cuestionables o los diferentes significados que pueden tener para los distintos actores sociales por ejemplo las visitas, las pruebas, la atención a la criatura, la lactancia materna o el vínculo materno-filial.

Desnaturalización de la maternidad

El Ideal de la Maternidad, que vincula el ser madre con la capacidad de gestar, parir y amamantar, como si ello fuera algo natural, inmutable, universal y exclusivo de las mujeres, y a las madres de manera específica con sus criaturas, al margen de las otras personas o recursos de su entorno, sigue vigente en los discursos explorados en nuestro trabajo de campo. En este sentido, sería deseable:

- Preguntar y recoger las diferentes experiencias sobre la maternidad/paternidad, para hacer visibles las diferentes formas de vivir y situarse de mujeres y hombres ante cada una de las etapas del proceso, desde el embarazo hasta el nacimiento y la crianza. Desde ahí, no dar por supuesto que todas/os comparten determinados significados de la maternidad/paternidad, desean de la misma manera sus embarazos y partos y piensan en la crianza de forma idéntica.

En este sentido sería conveniente legitimar las experiencias de algunas mujeres de otras formas de crianza donde ellas no son las únicas ni las principales cuidadoras de sus criaturas.

- Superar los modelos únicos e ideales que sirvan para aplicar a todas las personas de forma general y para dar orientaciones sobre esta etapa. Por lo que habría que proporcionar mensajes no dirigidos exclusivamente a cómo deben vivir su maternidad/paternidad sino a identificar con ellas cuáles son las necesidades respecto a sus propios cuidados y los de sus criaturas y las alternativas posibles. Lo que implica, por supuesto, que en los procesos de formación de las profesionales sanitarias se incluyan revisiones críticas de los contenidos estudiados.
- Comprender la maternidad (y paternidad) como un proceso (Imaz, 2008:423) que se materializa en cada mujer/hombre, con cambios y continuidades, tensiones y conflictos, sin que conlleven problemas y anomalías en estas vivencias sino formas distintas de afrontarlas. Y especialmente acompañar desde el ámbito sanitario a las tensiones que pueden aparecer en estas transiciones.
- Superar la visión diferencialista entre mujeres y hombres específicamente respecto a la capacidad de cuidar y criar como si fuera una esencia femenina, viendo también las diferencias entre las mujeres, y cómo estas diferencias se enraízan en diversos procesos de construcción e interpretación socioculturales.

Corresponsabilización de las parejas y social en general

Uno de los cambios que se han ido promoviendo en la atención sanitaria, como hemos ido indicando en esta investigación, ha sido la necesidad de la participación de la pareja; en este sentido, habría que:

- No presuponer que todas las mujeres tienen parejas o parejas masculinas. Existe una amplia diversidad de situaciones de las mujeres, desde aquellas que no tienen a las que comparten su embarazo con otra mujer. Por lo que se debería preguntar y registrar en la historia este dato y sobre todo la vivencia de la mujer al respecto.
- Preguntar y registrar cuándo y cómo es la participación de la pareja en el epp, el acompañamiento en el itinerario asistencial y si ha disfrutado del permiso de paternidad –y en caso negativo de las razones para ello–. No con el fin de controlar y juzgar a las parejas, sino de conocer sus vivencias y las de sus mujeres.
- Explicar las razones por las que se requiere la participación de las parejas: por un lado porque como hemos mostrado en esta investigación su participación es más teórica que práctica y su presencia en el itinerario asistencial no se relaciona de modo directo con su participación en el epp y su vivencia de la paternidad. Y por otro lado, porque los significados de la misma pueden variar según las profesionales, las mujeres y los propios hombres. Si lo que se busca es que las mujeres se encuentren apoyadas y acompañadas habría que valorar si esto lo quieren todas las mujeres, qué significan estas nociones del apoyo y del acompañamiento y en qué se concretan para cada mujer.
- Proponer modelos de acompañamiento que no sean únicos, pues para algunas mujeres es necesaria la participación tanto de su pareja como de otras personas de su entorno.
- Ofrecer otras lecturas de la corresponsabilización de los hombres que destaquen la paternidad como una experiencia valiosa para ellos mismos, además de defenderla como un derecho y deber, no sólo con respecto a sus criaturas sino también con sus parejas, y consigo mismos, e igualmente para un reparto equitativo de las responsabilidades familiares.
- Estudiar y analizar cómo se puede en la atención sanitaria durante el epp trabajar con los hombres tanto para explorar cómo viven este proceso, cómo sienten su paternidad y cómo poder responder así a sus necesidades concretas. Esto supondría revisar las limitaciones actuales por ejemplo de los cursos grupales del embarazo mixtos junto con los recursos disponibles tanto de matronas como de su formación para atender de otra manera tanto a las mujeres como a sus parejas.

- Superar los modelos de idealización de la pareja y su complementariedad que impiden conocer cómo son estas experiencias, y recoger los desencuentros y discrepancias que puedan existir o surgir, sin ubicarlas en la desviación o en la ruptura sino como parte de este proceso de tránsito personal, parental y social.

Por último, queremos señalar que todas estas propuestas planteadas, como dice Lagarde (2005:485), suponen crear posibilidades donde no las hay, planificar cambios, y articular las nuevas y diversas inquietudes de mujeres y hombres. Lejos de pensar que estamos dibujando una utopía, creemos que es posible convertir estas ideas en realidad, en el quehacer cotidiano de cada mujer, de cada hombre, de cada profesional y en cada interacción sanitaria; por tanto, son más bien “topías” que se pueden ir haciendo, sin modelos ni plazos, pero contribuyendo a una atención sanitaria diferente, que posibilite unas relaciones entre mujeres y hombres basadas en la igualdad de oportunidades y en el reconocimiento de las diferencias, y, donde quepan todas y todos. Así lo pensamos nosotras, al menos, y es por ello por lo que hemos realizado este trabajo.

10. BIBLIOGRAFÍA

- AGUINAGA, Josune (2004) *El precio de un hijo: los dilemas de la maternidad en una sociedad desigual*. Barcelona: Debate.
- AGUAYO, Josefa. MAROTO, Gracia. PALLAS, Carmen y GÓMEZ-PAPI, Adolfo (2007) "Nacer en España en el siglo XXI". En: *Informe Salud Infancia. Adolescencia y Sociedad: Calidad, Género, Equidad en la atención integral a la salud de la infancia y la adolescencia*. Madrid: Sociedad de Pediatría Social, pp. 69–80.
- ALER, Isabel (2006) "La transformación de la maternidad en la sociedad española 1975–2005. Otra visión sociológica". Documentos de trabajo, *Centro de Estudios Andaluces, Serie 2, N° 2*. En: www.centrodeestudiosandaluces.es/datos/publicaciones/S2006-02.pdf Accedido el 14/01/2008.
- AMEZCUA, Manuel (2000) "El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud: una aproximación a la observación participante". *Index de Enfermería (Granada)* 30, pp. 30–35.
- AMORÓS, Celia (2006) *La Gran diferencia y las pequeñas consecuencias*. Madrid: Cátedra.
- ANDALUCIA (2005) *Proceso asistencial integrado: embarazo, parto y puerperio*. Sevilla: Consejería de Salud. En: www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/docs/inicio%5B2%5D.pdf Accedido el 14/01/2008.
- ARRUFAT, Vita (2005) "Atención al embarazo en el siglo XXI: cómo es y cómo debería ser" *Mujer y Salud Dossier* 11, pp. 17–20.
- ARRIZABALAGA, Pilar y VALLS, Carme (2005) "Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación" *Medicina Clínica (Barcelona)* 125, pp. 103–107.
- ALLUÉ, Marta (1996) *Perder la piel*. Barcelona: Planeta–Seix Barral.
- ALLUÉ, Xavier (1999) *Urgencias. Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de urgencias pediátricas*. Zaragoza: Mira Editorial.
- BADINTER, Elisabeth (1991[1980]) *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.
- BARTOLI, Paolo (1989) "Antropología en la educación sanitaria". *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 7, pp. 17–24.
- BARRANCO, Enriqueta (2008) "Desde las sociedades científicas conservadoras (SEGO)". En: *X Seminario de la Red Caps, Mesa redonda: Formas de acción y participación, límites y posibilidades*. 14/11/2008.
- BECK, Ulrich. ADAM, Barbara y VAN LOON, Joost (2000) *The Risk Society and Beyond: Critical Issues for Social Theory*. London: Sage.
- BERNIS, Carmen y CÁMARA, Cristina (1982) "La mujer y la medicina". En: M^a Ángeles DURÁN. *Liberación y utopía*. Madrid: Akal, pp. 205–230.
- BLÁZQUEZ, M^a Jesús (2007) *Maternidad y Paternidad: mujeres y hombres escriben sus experiencias*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

- BLÁZQUEZ, Maribel (2005a) "Aproximación a la Antropología de la Reproducción" *Revista AIBR* 42, En: www.plazamayor.net/antropologia/42jul/articulos/jul0506.pdf Accedido el 16/09/2006.
- BLÁZQUEZ, Maribel (2005b) "Sensibilidad de género de los programas del embarazo y puerperio de la Comunidad de Madrid". *Gaceta Sanitaria* 19 (Supl 1), pp. 155.
- BLÁZQUEZ, Maribel (2007a) "La incorporación de la perspectiva de género en la atención sanitaria: Propuesta de una metodología de sensibilidad de género". *Actas del VII Seminario de la Red Caps de Mujeres Profesionales de la Salud*. Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 48–61.
- BLÁZQUEZ, Maribel (2007b) "Igualdad y Salud" En: Documentación para la Formación en Igualdad y Salud. Madrid: Dirección General de la Mujer.
- BLÁZQUEZ, Maribel (2008) "Una etnografía en la atención sanitaria". En: Oriol ROMANÍ, Cristina LARREA y José FERNÁNDEZ (eds.) *Actas del X Congreso de la FAAEE, Antropología de la Medicina, metodologías e interdisciplinariedad*. Donosti: Ankulegi, pp. 18–30.
- BODOQUE, Yolanda (1996) *Discursos y practicas sobre sexualidad y reproducción*. Tesis doctoral. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.
- BODOQUE, Yolanda y MONTES, M^a Jesús (2003) "El cuerpo del embarazo: poder, discursos y representaciones". *Actas del IX Congreso de Antropología de la FAAEE*. Barcelona.
- BOURDIEU, Pierre. (1999 [1993]) *La miseria del mundo*. Madrid: Akal.
- BOURDIEU, Pierre (2000 [1998]) *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- BORRELL, Carme (2004) "Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?". *Gaceta Sanitaria* 18 (Supl 2), pp. 75–82.
- BOWLES, Gloria y DUELLI KLEIN, Renate (1983) *Theories of Women's Studies*. London: Routledge & Kegan Paul.
- BROWNER, Carole y SARGENT, Carolyn (1996[1990]) "Anthropology and Studies of Human Reproduction". En: Carolyn SARGENT y Thomas JOHNSON. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger, pp. 219–234.
- BRULLET, Cristina (1996) "Prácticas de crianza e identidades parentales". En: *Sociología de las relaciones de género*. Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 45–65.
- CANALS, Josep (2002) *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar*. Tesis doctoral. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.
- CABRÉ, Montserrat y ORTIZ, Teresa (2001) *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII–XX*. Barcelona: Icaria.
- CANO, Gemma. RODRÍGUEZ, Maica. BORRELL, Carme. PÉREZ, María del Mar y SALVADOR, Joaquín (2006) "Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo". *Gaceta Sanitaria* 20 (1), pp. 25–30.
- CÁTEDRA, María (1992) "Introducción" En: Paul RABINOW. *Reflexiones sobre un trabajo de campo en Marruecos*. Madrid: Jucar, pp. 9–18.
- CASTEL, Robert (1986) "De la peligrosidad al riesgo". En: Varela ÁLVAREZ–URÍA (eds.) *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta, pp. 219–243.
- CDC (Center of Disease Control and Prevention) (2008) "Prevalence of Self-Reported Postpartum Depressive Symptoms, 17 States, 2004–2005". *MMWR* 57(14), pp. 361–366.

- CLEMENT, Sarah (1997) "Childbirth on television". *British Journal of Midwifery* 5(1), pp. 37–42.
- COLECTIVO DE BOSTON (2000 [1971]) *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Barcelona: Plaza Janés.
- COMAS, Dolors (1995) *Trabajo, género y cultura*. Barcelona: Icaria.
- COMAS, Dolors (1998) *Antropología económica*. Barcelona: Ariel.
- COMELLES, Josep M^a (1985) "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales". *Jano* 655, 71–83. Reimpresión en *Trabajo Social y Salud* 29, 1997.
- COMELLES, Josep M^a (1989) "Ve no sé donde, trae no sé qué: reflexiones sobre el trabajo de campo en antropología de la salud". *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 7, pp. 205–237.
- COMELLES, Josep M^a (1993) "La utopía de la atención integral en la salud, autoatención práctica médica y asistencia sanitaria". *Revisiones en Salud Pública* 3, pp. 169–192.
- COMELLES, Josep M^a (2000) "Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo". En: Enrique PERDIGUERO y Josep M^a COMELLES (comps.) *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pp. 305–351.
- COMELLES, Josep M^a. PERDIGUERO, Enrique y MARTINEZ, Ángel (2007) "Topographies, folklore and medical anthropology in Spain". En: Francine SAILLANT y Serge GENEST (eds.) *Medical Anthropology. Regional Perspectives and Shared Concerns*. Malden Oxford & Victoria: Blackwell Publishing, pp. 103–122.
- COMELLES, Josep M^a y MARTÍNEZ, Ángel (1993) *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid: Eudema.
- COMINSKY, Sheila (1977) "Childbirth and Midwife on Guatemalan Finca". *Medical Anthropology* 1(3), pp. 69–104.
- CONNELL, Robert W (1987) *Gender and power society, the person and sexual politics*. Cambridge: Polity in association with Blackwell.
- COREA, Gina. DUELLI KLEIN, Renate. HANMER, J. HOLMES, HB. HOSKINS, B. KISHWAR M. RAYMOND J, ROWLAND R. y STEINBACHER, R (1987) *Man made Women: How Reproductive Technologies affect Women*. Bloomington: Indiana University Press.
- CORNELL, Drucilla (2000[1998]) *En el corazón de la libertad: feminismo, sexo e igualdad*. Madrid: Cátedra.
- CRUZ y HERMIDA, Julio y CRUZ-GONZALEZ, Luis (2000) "Visión histórica y clínica del embarazo prolongado". *Toko-Ginecología Práctica* 59 (7), pp. 364–370.
- DAVIS-FLOYD, Robbie (1987) "Obstetric Training as a Rite of Passage". *Medical Anthropology Quarterly* 1(3), pp. 288–318.
- DAVIS-FLOYD, Robbie (2001) "The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth". *International Journal Gynaecology Obstetrical* 75 (1), pp. 5–23.
- DAVIS-FLOYD, Robbie y SARGENT, Carolyn F. (1997) *Childbirth and Authoritative Knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- DAWN (Development Alternatives with Women for a New Era) (1985) *Development, Crisis and Alternative Visions*. Nueva Delhi: Third World Women Perspectives.
- DELGADO, Ana y LÓPEZ, Luis (2004) "Práctica profesional y género en atención primaria" *Gaceta Sanitaria* 18 (Supl 1), pp. 112–117.

- DE MIGUEL, Jesús (1979) *El mito de la inmaculada concepción*. Barcelona: Anagrama.
- DE MIGUEL, Jesús (1980) "Sociología de la población y control de la natalidad en España". *Reis* 10-80, pp. 15-47.
- DE MIGUEL, Jesús (1984) *La amorosa dictadura*. Barcelona: Anagrama.
- DEL VALLE, Teresa. APAOLAZA, José Mari. ARBE, Francisca. CUCO, Josepa. DIEZ, Carmen. ESTEBAN, Mari Luz. ETXEBERRIA, Feli y MAQUIEIRA, Virginia (2002) *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género* Madrid: Narcea.
- DEVAULT, Marjorie (1999) *Liberating Methods: Feminism and Social Research*. Philadelphia: Temple University Press.
- DÍAZ, Capitolina y DÍAZ, Cecilia (2004) *Dinero, amor e individualización de las relaciones económicas en las parejas-familias contemporáneas*. Oviedo: Instituto Asturiano de la Mujer.
- DÍAZ-CADÓRNIGA, F.J. y DELGADO-ÁLVAREZ, E (2006) "Implicaciones clinicoterapéuticas de la deficiencia de yodo en España". *Endocrinología Nutricional* 53(2), pp.101-112.
- DOUGLAS, Mary (1996[1985]) *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- DÍEZ, Carmen (2000) "Maternidad y orden social. Vivencias del cambio". En: Teresa DEL VALLE (ed.) *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Barcelona: Ariel, pp. 155-185.
- DORTA, Elena. MOLINA, Jesús. GARCÍA FERNÁNDEZ, J.A. y SERRA, L (2004) "Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido. Estudio de casos y controles". *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 31(4), pp. 118-123.
- DUDEN, Bárbara (1996) "El concepto de vida: un ídolo moderno y una amenaza para las mujeres embarazadas". *Douda* 11, pp. 79-96.
- DURAN, María Ángeles (1978) *El ama de casa: crítica política de la economía doméstica*. Madrid: Zero.
- DURÁN, María Ángeles (1982) *Liberación y utopía*. Madrid: Akal.
- EHRENREICH, Barbara (1990[1973]) *Por su propio bien. 150 años de consejos expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.
- ESTEBAN, Mari Luz (1992) *Actitudes y percepciones de las mujeres respecto a su salud reproductiva y sexual. Necesidades de salud percibidas por las mujeres y respuesta del sistema sanitario*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- ESTEBAN, Mari Luz (1996) "Relaciones entre feminismo y sistema médico- científico". En: Teresa ORTIZ. *Mujeres de ciencia*. Granada: Universidad de Granada, Seminario de Estudios de la mujer, pp. 143-184.
- ESTEBAN, Mari Luz (1998) "¿Y los hombres?". *Inguruak* 22, pp. 15-29.
- ESTEBAN, Mari Luz (2000) "La maternidad como cultura". En: Enrique PERDIGUERO y Josep M^a COMELLES (comps.) *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pp. 207-26.
- ESTEBAN, Mari Luz (2001) *Reproducción del cuerpo femenino*. Donostia: Tercera Prensa.
- ESTEBAN, Mari Luz (2006) *Antropología, género y salud en el Estado Español: Informe de situación*. Elaborado por encargo del Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo.

- ESTEBAN, Mari Luz (2007) "Antropología, sistema médico-científico y desigualdades de género en salud". En: Mari Luz ESTEBAN (ed.) *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. País Vasco: Asociación Defensa Salud Pública País Vasco, pp. 55-71.
- EUROPERISTAT (2008) *European Perinatal Health Report*. EURO-PERISTAT project. En: www.europeristat.com Accedido el 19/01/2009.
- FAME, Federación de Asociaciones de Matronas de España (2008) *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. En: www.federacion-matronas.org/documentos/profesionales/i/4388/124/iniciativa-parto-normal-de-la-fame?smid=119 Accedido el 4/03/2009.
- FASSIN, Didier (1999) "L'anthropologie entre engagement et distanciation". En: Charles BECKER, Becker, Jean Pierre DOZON, Christine OBBO y Moriba TOURÉ. *Vivre et penser le sida en Afrique*. Paris: Karthala, pp. 41-66.
- FEE, Elisabeth (1983) "Woman and Health Care. A comparison of theories". En: Elisabeth FEE (ed.) *Women and Health: The politics of sex in medicine*. New York: Baywood, pp. 17-34.
- FEENSTRA; Coks (sin fecha) *La atención al parto en Holanda*. En: www.holistika.es/busqueda/articulo.asp?artid=292&s=La%20atención%20al%20parto%20en%20Holanda Accedido el 4/03/2008.
- FERNANDEZ DEL CASTILLO, Isabel (2006[1994]) *La revolución del nacimiento*. Barcelona:Granica.
- FERNANDEZ DEL CASTILLO, Isabel (sin fecha) *Qué es el parto natural*. En: www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/que_es_parto_natural.asp Accedido el 4/03/2008.
- FERNÁNDEZ-LIEBREZ, Luis (2006) "Uso racional de la cesárea" En: Hospital Virgen de las Nieves *Curso de actualización en Obstetricia y Ginecología*. En: www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia/documentos/Ponencias2006/2006Uso_racional_cesarea.pdf Accedido el 4/03/2008.
- FERNÁNDEZ-RUFETE, José (1997) *Sanar o redimir. Los procesos asistenciales en VIH-SIDA en el medio hospitalario*. Tesis doctoral. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.
- FOUCAULT, Michel (1990) *La vida de los hombres infames*. Madrid: La piqueta.
- FOSTER, George (1980) "Folklore y costumbres del embarazo, nacimiento e infancia". En: Michael KENNY y Jesús DE MIGUEL (eds.) *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama, pp. 249-265.
- FUENTES i PUJOL, Mercedes (2001) "Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Sanitaria". En: Consuelo MIQUEO, Concepción TOMÁS, Carmen TEJERO, María José BARRAL, Teresa FERNÁNDEZ y Teresa YAGO. *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva, pp. 223-235.
- FUENTES, María (2001) *Mujeres y salud desde el sur. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva de género*. Barcelona: Icaria.
- FUENTES, María (2008) "Faltan comadronas para humanizar el parto" *Mujer y Salud* 23, pp. 6-10.
- GENNEP, Arnold Van (1986[1909]) *Los ritos de Paso Estudio sistemático de las ceremonias de puerta y del umbral, de la de la hospitalidad*. Madrid: Taurus.

- GERVÁS, Juan y PÉREZ, Mercedes (2006) "Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria". *Gaceta Sanitaria* 20 (Supl 3), pp. 66–71.
- GARCÍA FERRANDO, Manuel y SANMARTÍN, Ricardo (1986) "La observación científica y la obtención de datos sociológicos." En: Manuel GARCÍA FERRANDO, Jesús IBAÑEZ y Francisco ALVIRA. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza, pp. 126–140.
- GINSBURG, Faye (1987) "Procreation stories: reproduction, nurturance and procreation in Lile Narratives of Abortion Activist". *American Ethnologist* 14(4), pp. 623–636.
- GINSBURG, Faye (1998) "Cuando los nativos son nuestros vecinos". En: Mauricio BOIVIN, Ana ROSATO y Victoria ARRIBAS. *Constructores de otredad*. Buenos Aires: Eudeba. En: www.antropologiasyc106.com.ar/constructores/25cap4_ginsburg.pdf Accedido el 15/11/2006.
- GINSBURG Faye y RAPP, Rayna (eds.) (1995) *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- GLASGOW HEALTHY CITY PROJECT (1997) *Action for Women 's Health: making changes through organisations*. Glasgow: Oficina Regional Europea de la OMS.
- GOER, Henci (2008) *Guía de la mujer consciente para un parto mejor*. Tenerife: OB STARE.
- GOFFMAN, Erving (1992[1970]) *Internados: Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu–Murguía.
- GÓMEZ PAPI, Adolfo (sin fecha) El contacto precoz. En: www.quenoooseparen.info/articulos/documentacion/documentos/PPP_actualizacion_2006.pdf Accedido el 4/03/2009.
- GÓNZALEZ, Anabel (1979) *El feminismo en España, hoy*. Madrid: Zero.
- GOOD, Byron (2003[1994]) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, Asunción (1993) *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y genero*. Madrid: Siglo XXI.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, Asunción (2001) "Preparación para el parto versus preparación para la maternidad y paternidad". En: *Género y salud. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*. Madrid: Instituto de la mujer, pp. 24–31.
- GOTZON BARAIA, Jon (Etxaburu Artexe) (2000) "Convivencia y reestructuración de los roles". En: EMAKUNDE. *Modelos y referentes de los comportamientos masculinos y femeninos en la juventud vasca*. En: www.hombresigualdad.com/emak-convivencia-baraja.htm. Accedido el 18/02/2009.
- GREENWOOD, David (1984) "Modelo intervencionista versus modelo naturalista. Una historia antropológica de una pugna ideológica". *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 3, pp. 57–82.
- GREGORIO, Carmen (2006) "Contribuciones feministas a problemas epistemológicos de la disciplina antropológica" *Revista de Antropología Iberoamericana* 1(1), pp. 22–39.
- GRUPO DE TRABAJO DE NAIROBI (1986) *Nairobi 85*. Madrid: Grupo.
- GRUPO SEE y GRUPO SEMFYC (2000) "Una propuesta de medida de clase social". *Atención Primaria* 25, pp. 350–363.
- GUASCH, Oscar (1997) *Observación participante*. Cuadernos metodológicos. Madrid: CIS.

- GUILLEN, Ana M^a (1996) *Políticas de Reforma Sanitaria en España: de la restauración a la democracia*. Madrid: Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales.
- GUTMAN, Laura (2006) *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*. Barcelona: RBA Libros.
- HAMMERSLEY, Martyn y ATKINSON, Paul (1994 [1983]) *Etnografía, métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- HARDING, Sandra (2002) “¿Existe un método feminista?” En: Eli BARTRA (comp.) *Debates en torno a una metodología feminista*. México: Pueg/Uam Xochimilco, pp. 9–34.
- HARO, Jesús Armando (2000) “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”. En: Enrique PERDIGUERO y Josep M^a COMELLES (comps.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pp. 101–161.
- HARAWAY, Donna (1995[1991]) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Valencia: Cátedra.
- HAYS, Sharon (1998[1996]) *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
- HERAS, Purificación (2002) “De enfermera a antropóloga, la experiencia de una transformación” En: Anastasia TÉLLEZ (coord.) *Técnicas de investigación en antropología. Experiencias de campo*. Elche: Universidad Miguel Hernández, pp. 81–109.
- HOMANS, Hilari (1982) “Pregnancy and birth as Rites of Pasaje for two groups of Women in Britain” En: Carol MACCORMACK. *Ethnography of fertility and birth*. London: Academic Press, pp. 231–266.
- IBÁÑEZ, Jesús (1979) “Interpretación y análisis del discurso” En: Jesús IBÁÑEZ. *Más allá de la sociología. El Grupo de Discusión, técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI, pp. 333–351.
- ILLICH, Iván (1984[1975]) *Nemesis Médica*. México: Planeta.
- IMAZ, Elixabete (2003) “Tres lecturas del cuerpo materno: antojos, anemias y ecografías”. *Actas del IX Congreso de Antropología de la FAAEE*. Barcelona.
- IMAZ, Elixabete (2008) *Mujeres Gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas*. Tesis doctoral. País Vasco: Universidad del País Vasco.
- INSTITUTO DE LA MUJER (1994) *10 años del Instituto de la Mujer*. Madrid: Instituto.
- INSTITUTO DE LA MUJER (1996) *Cuarta Conferencia mundial sobre las mujeres, Beijing 1995: Declaración y Plataforma para la Acción*. Madrid: Instituto.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2002) *Seminario sobre Mainstreaming de Género en las Políticas de Salud en Europa*. Madrid, 14 de septiembre de 2001. Madrid: Instituto.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2005) *IV Plan de Igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres*. Madrid: Instituto. En: www.mtas.es/mujer/piom.htm. Accedido el 1/03/2006.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2008) *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008–2010)*. Madrid: Instituto. En: www.migualdad.es/mujer/novedades/docs/Plan_estrategico_final.pdf. Accedido el 10/03/2009.
- INE, Instituto Nacional de Estadística (2006) *Padrón municipal. Población por municipios*. Madrid: INE. En: www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Ffe301&file=inebase&L. Accedido el 22/12/2008.
- INE, Instituto Nacional de Estadística (2007) *Estadística de indicadores hospitalarios*. Datos provisionales. Madrid: INE. En:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p415&file=inebase&L=0> Accedido el 22/12/2008.

- INE, Instituto Nacional de Estadística (2008) *Movimiento Natural de la Población*. Datos provisionales 2007. Madrid: INE. En: www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe301&file=inebase&L Accedido el 22/12/2008.
- INSTITUTO DE ESTADÍSTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (2008) *Boletín de Demografía y Salud*, 80 y 81. En: www.madrid.org/iestadis/ Accedido el 15/01/2009.
- INSTITUTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (2008) *Estadísticas de Paternidad*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración. En: www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=82 Accedido el 17/02/2009.
- IRWIN, Susan y JORDAN, Brigitte (1987) "Knowledge, Practice and power: court-ordered caesarean sections". *Medical Anthropology Quarterly* 1(3), pp. 319-334.
- JORDAN, Brigitte (1993[1978]) *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in the Yucatan, Holland, Sweden and the United State*. Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- JORDAN, Brigitte (1987) "High Technology the case of obstetrics". *World Health Forum* 8, pp. 312-319.
- JOCILES, M^a Isabel (1999) "Las técnicas de investigación en antropología". *Gazeta de Antropología* 15: pp. 15-01. En: www.ugr.es/local/pwllac Accedido el 03/05/2006.
- JOCILES, M^a Isabel (1999) "El análisis del discurso: de cómo utilizar desde la antropología social la propuesta analítica de Jesús Ibáñez". *Ateneo de Antropología*. En: www.ucm.es/info/dptoants/ateneo/discurso_a.htm Accedido el 03/05/2006.
- JUAN, Montserrat (1991) "Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción". *REIS* 53, pp. 29-51.
- KABEER, Naila (1998 [1994]) *Realidades trastocadas: las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*. México: Paidós.
- KAIT, Laura (2007) *Madres, no mujeres. Embarazo adolescente*. Barcelona: Serbal.
- KATZ, Cindy (1994) "Playing the Field: questions of fieldwork in geography". *The Professional Geographer* 46(1), pp. 67-72.
- KAUFERT, Patricia y O'NEILL, John (1993) "Analysis of the risks in childbirth". En: Shirley LINDENBAUM y Margaret LOCK. *Knowledge, Power, and Practice: The Anthropology of Medicine in Everyday Life*. Berkeley: University of California Press, pp. 32-54.
- KAY, Margarita (1982) *Anthropology of Human Birth*. Philadelphia: FA Davis Co.
- KLEINMAN, Arthur (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley. University of California Press.
- KITZINGER, Sheila (1962) *The Experience of Childbirth*. New York: Penguin.
- KITZINGER, Sheila (1978) *Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures*. New York: Vintage Books.
- LAGARDE, Marcela (2000) *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid: Horas y horas
- LAGARDE, Marcela (2005) *Para mis socias de la vida*. Madrid: Editorial Horas y horas.

- LAZARUS, Ellen (1994) "What do women want: issues of choice, control and class in pregnancy and childbirth". *Medical Anthropology Quarterly* 8(1), pp. 25–46.
- LAZARUS, Ellen (1988) "Poor women, poor outcomes: social class and reproductive health" En: Karen MICHAELSON. *Childbirth in America: Anthropology perspectives*. South Hadley Mass: Bergin and Garvey, pp. 39–54.
- LATOURET, Bruno (1995[1979]) *La vida en el laboratorio: la construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza.
- LEBOYER, Frederick (2008[1974]) *Por un nacimiento sin violencia*. Tarragona: Mandala.
- LEBRERO, Enrique (sin fecha) *El parto natural hace más seguro el parto hospitalario*. En: www.quenoossepren.info/articulos/documentacion/documentos/partonaturalseguoparto-hospitalario.pdf Accedido el 04/08/2008.
- LEVIN, Adik (1999) "Viewpoint: Human Neonatal Care Initiative" (Iniciativa para una Atención Neonatal Humanizada) *Acta Paediatrica* 88, pp. 353–355.
- LEWOTIN, Richard C, ROSE, Steven y KAMIN, León J. (1987[1984]) *No está en los genes. Crítica del racismo biológico*. Barcelona: Crítica.
- LOZOYA, José Ángel (2000) "Hombres y derechos reproductivos". *Ponencia del VI Seminario de Estudios Jurídicos*. En: www.hombresigualdad.com/hombres-dchos-reproduc.htm Accedido el 04/08/2008.
- LUQUE-FERNÁNDEZ, Miguel Ángel (2008) "Evolución del riesgo de mortalidad fetal tardía, prematuridad y bajo peso al nacer, asociado a la edad materna avanzada en España (1996–2005)". *Gaceta Sanitaria* 22(5), pp. 396–403.
- LURBE, Katia (2005) *La enajenación de los otros. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y París*. Tesis doctoral: Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- LLÁCER, Alicia (2000) "Objetivo 8: Mejorar la salud de las mujeres" *Informe SESPAS 2000, la Salud Pública ante los desafíos del nuevo siglo*. En: www.sespas.es/ind_lib04.html Accedido el 04/10/2008.
- MADERUELO, José A. HARO, Ana M. PEREZ, Fernando. CERCAS, Luis J. VALENTIN, Ana B y MORAN, Eva (2006) "Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales". *Gaceta Sanitaria* 20(1), pp. 31–39.
- MAQUIEIRA, Virginia (2001) "Género, diferencias y desigualdad". En: Elena BELTRAN, Virginia MAQUIERIA, Silvina ALVAREZ y Cristina SÁNCHEZ. *Feminismos: debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza, pp. 127–190.
- MAROTO, Gracia. GARCÍA, María del Mar y MATEO, Inmaculada (2004) "El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias". *Gaceta Sanitaria* 18(Supl 2), pp. 13–23.
- MAROTO, Gracia (2005) *Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria durante el embarazo, parto y posparto*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- MAROTO, Gracia. CASTAÑO, Esther. GARCÍA-CALVENTE, María del Mar. HIDALGO, Natalia y MATEO Inmaculada (2009) "Paternidad y servicios de salud: Estudio Cualitativo de experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria durante el embarazo, parto y posparto". *Revista Española de Salud Pública* 83, pp. 267–278.

- MARQUEZ, Soledad (2008) "Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo". *Gaceta Sanitaria* 22 (Supl 1), pp. 205–215.
- MARTIN, Emily (1987) *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press.
- MARTÍN, Aurelia (2006) *Antropología del género: culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Cátedra.
- MARTÍN-LOECHES, Mariano. CATALÁ, E. ORTÍ, R.M y RIUS, J (2003) "Análisis epidemiológico de los resultados perinatales obtenidos en las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana". *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 46(2), pp. 53–58.
- MARTÍNEZ, Ángel (1996) "Antropología de la salud, una aproximación genealógica". En: Joan PRAT y Ángel MARTÍNEZ (eds.) *Ensayos de antropología cultural*. Barcelona: Ariel, pp. 369–381.
- MARTÍNEZ, Ángel (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- MARTÍNEZ-FRÍAS, M Luisa. RODRÍGUEZ-PINILLA, Elvira y BERMEJO, Eva (2003) "Análisis de la situación en España sobre el consumo de ácido fólico/folinato cálcico para la prevención de defectos congénitos". *Medicina Clínica (Barc)* 121(20), pp.772–775.
- MATAIX, Virginia (1996) *Maternidades*. Barcelona: Planeta.
- McCLAIN, Carol (1975) "Ethno-obstetrics in Ajijic". *Anthropological Quarterly* 48(1), pp. 38–56.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1978) "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En: Franco Basaglia. *La salud de los trabajadores*. México: Nueva Imagen, pp. 11–53.
- MENENDEZ, Eduardo (1998) "Estilos de vida, riesgo y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios Sociológicos (México)* 46, pp. 37–68.
- MENENDEZ, Eduardo (2004) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En: Horacio SPINELLI (ed.) *Salud Colectiva* (Buenos Aires). En: www.scielosp.org/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf Accedido el 04/12/2008.
- MEÑACA, Arantxa (2007) "Sistema Sanitario e Inmigración. El papel de la cultura". En: Mari Luz ESTEBAN (ed.) *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. País Vasco: Asociación Defensa Salud Pública País Vasco, pp. 83–94.
- MICHAELSON, Karen (1988) *Childbirth in America: Anthropology perspectives*. South Hadley Mass: Bergin and Garvey.
- MIES, María (1983) "Towards a methodology for feminist research" En: Gloria BOWLES y Renate DUELLI KLEIN. *Theories of Women's Studies*. London: Routledge and Kegan Paul, pp. 117–139.
- MONREAL, Pilar (2000) "Las madres no nacen, se hacen". En: Carmen FERNÁNDEZ, Pilar MONREAL, Amparo MORENO y Pilar SOTO. *Las Representaciones de la Maternidad*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, pp. 49–60.
- MONTES, M^a Jesús (1999) "Medicalización reproductiva o la alineación del cuerpo". *Enfermería Clínica* 9(5), pp. 206–212.
- MONTES, M^a Jesús (2007) *Las culturas del nacimiento: Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral en Antropología Social y Cultural. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.

- MONTES, M^a Jesús y BODOQUE, Yolanda (2003) "Cuerpo y nacimiento". *Actas del IX Congreso de Antropología de la FAAEE*. Barcelona.
- MOORE, Henrietta (1991) *Antropología y Feminismo*. Madrid: Cátedra.
- MOORE, ER. ANDERESON, GC y BERGMAN, N (2003) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*, Art N^o: CD003519. En: www.cochrane.org/reviews/en/ab003519.html Accedido el 23/11/2008.
- MSC, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1982) *Atención sanitaria durante el embarazo*. Madrid: Ministerio.
- MSC, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1990) *Propuesta de Programa de salud materno-infantil aprobada por el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* Madrid: Ministerio. En: www.msc.es/Diseno/proteccionSalud/proteccion_mujer.htm. Accedido el 19/08/2004.
- MSC, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1992) *Criterios mínimos en prevención y promoción de la salud materno-infantil*. Madrid: Ministerio. En: www.msc.es/Diseno/proteccionSalud/proteccion_mujer.htm. Accedido el 19/08/2004.
- MSC; MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1995) *Plan de Salud*. Madrid: Ministerio.
- MSC, MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007) Informe gasto sanitario Madrid: Ministerio.
- NANDA (2007) *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación*. Madrid: Elsevier.
- NAROTZKY, Susana (1995) *Mujer, mujeres y género*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- NASH, Mary (2000[1990]) "Maternidad, maternología y reforma eugénica en España. 1900–1939". En: Georges DUBY y Michelle PERROT. *Historia de las mujeres. El siglo XX*. Madrid: Taurus, pp. 687–703.
- OAKLEY, Ann (1974) *Woman's work: the housewife, past and present*. New York: Vintage Books.
- OAKLEY, Ann (1981) "Interviewing women". En: Helen ROBERTS. *Doing feminist research*. London and New York: Routledge, pp. 30–61.
- OAKLEY, Ann (1984) *The captured Womb: a history of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Bernstein.
- ODENT, Michel (2007[1990]) *El bebé es un mamífero*. Tenerife: OB STARE.
- ODENT, Michel (2007) *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*. Tenerife: OB STARE.
- OLIVA, Juan. ANTOÑANZAS, Fernando Y RIVERO-ARIAS, Oliver (2008) "Evaluación económica y toma de decisiones en salud. El papel de la evaluación económica en la adopción y la difusión de tecnologías sanitarias". *Gaceta Sanitaria*, 22(Supl 1), pp. 137–142.
- OLSEN, O y JEWELL, MD (2005) *El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital*. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Update. En: www.holistika.net/parto_natural/parto_medicalizado/humanizar_el_parto.asp Accedido el 23/01/2009.
- OLZA, Ibone y LEBRERO, Enrique (2005) *Nacer por cesárea*. Barcelona: Granica.
- OLZA, Ibone (sin fecha) "Humanizar el parto". En: www.holistika.net/parto_natural/parto_medicalizado/humanizar_el_parto.asp Accedido el 23/01/2009.

- OMS, Organización Mundial de la Salud (1985) "Declaración de Fortaleza". *Lancet* 2, pp. 436–437.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1996) *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: OMS.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2001) "WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course". *Birth* 28, pp. 202–207.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2004) *Guía práctica método canguro*. Ginebra: OMS.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2005) *Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!* Ginebra: OMS.
- OPS, Organización Panamericana de la Salud (1999) *Equidad de género y políticas de reforma del sector salud. Guía para la preparación de informes*. Washington: OPS.
- ORTIZ, Teresa (1999) "Las matronas en España y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX" *Arenal*, 6(1), pp. 55–79.
- ORTIZ, Teresa (2001a) "Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en la España ilustrada". En: Monserrat CABRÉ y Teresa ORTIZ. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*. Barcelona: Icaria, pp. 165–188.
- ORTIZ, Teresa (2001b) "El género como organizador de las profesiones sanitarias". En: Consuelo MIQUEO, Concepción TOMÁS, Carmen TEJERO, María José BARRAL, Teresa FERNÁNDEZ y Teresa YAGO. *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva, pp. 53–75.
- ORTIZ, Teresa (2002) "El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer". En: Elvira RAMOS. *Actas del I Congreso nacional de la Salud de las Mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid: Instituto de la Mujer, pp. 29–41.
- ORTIZ, Teresa (2004) "Género y profesiones sanitarias y salud pública". *Gaceta Sanitaria* 18, pp. 189–194.
- ORTIZ, Teresa (2006) *Medicina, historia y género, 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK.
- OSBORNE, Raquel (1993) *La construcción sexual de la realidad*. Madrid: Cátedra.
- OSBORNE, Raquel (2004) "Del padre simbólico al padre real: la función paterna desde la modernidad" En: Ángeles DE LA CONCHA y Raquel OSBORNE (coords.) *Las mujeres y los niños primero*. Barcelona: Icaria, pp. 259–282.
- OSBORNE, Raquel (2005) "Desigualdad y relaciones de género en las organizaciones: diferencias numéricas, acción positiva y paridad". *Política y Sociedad* 42(2), pp. 163–180.
- OSM–MSC, Observatorio Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) *Estrategia de Atención al Parto Normal*. Madrid: Ministerio.
- OSORIO, Rosa María (2001) *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, INAH, INI.
- PALLARES, Ángela (2003) *El mundo de las unidades de cuidados intensivos. La última frontera*. Tesis doctoral. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.
- PEIRO, Salvador (2003) "Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente". *Semergen* 29(6), pp. 285–289.
- PETCHESKY, Rosalind (1990[1984]) *Abortion and Woman's Choice: the state, sexuality and reproductive freedom*. New York: Longman.

- PETCHESKY, Rosalind (1995) "The Body as Property: A Feminist Re-vision". En: Faye GINSBURG y Rayna RAPP (eds.) *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press, pp. 387-406.
- PICHARDO, José Ignacio (2008) *Opciones sexuales y nuevos modelos familiares*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- PRESS, Nancy. BROWNER, Carole. TRAN, Diem. MORTON, Christine y LE MASTER, Barbara (1996) "Provisional normality and perfect babies: pregnant women's attitudes towards disability in the context of the prenatal testing". En: Sarah FRANKLIN y Helena RAGONE (eds.) *Reproducing Reproduction*. University of Pennsylvania Press: Philadelphia, pp. 46-65.
- PRESS, Nancy y BROWNER, Carole (1997) "Why women say yes to prenatal diagnosis". *Social Science and Medicine* 45(7), pp. 979-989.
- RAPHAEL, Dana (1973) "The role of Breastfeeding in a bottle-oriented world". *Ecology and Food Nutrition* 2, pp. 121-126.
- RAPHAEL, Dana (1985) *Only mothers know: patterns of infant feeding in traditional cultures*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- RAPP, Rayna (1999) "One new reproductive technology, multiple sites" En: Adele CLARKE y Virginia L. OLSEN. *Revisioning Women, Health and Healing: Feminist, Cultural, and Techno science Perspectives*. New York: Routledge, pp. 119-135.
- RAPP, Rayna (2000) *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge.
- RAPP, Rayna (2001) "Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory". *Medical Anthropological Quarterly* 15 (4), pp. 466-477.
- RICH, Adrienne (1996[1976]) *Nacida de mujer*. Valencia: Cátedra.
- RINDFUSS, Ronald R. LADINSKY, Judith L. COPPOCK, Elizabeth. MARSHALL, Victor W y MACPHERSON, A.S. (1983) "Convenience and the Occurrence of Births: Induction of Labor in the United States and Canada". En: Elisabeth FEE. *Women and Health: The Politics of Sex in Medicine*. Baywood Publishing Company: New York, pp. 37-58.
- RIVERA, María Milagros (1994) *Nombrar el mundo en femenino pensamiento de las mujeres y teoría feminista*. Barcelona: Icaria.
- ROBERTS, Helen (1981) *Doing feminist research*. London and New York: Routledge.
- ROCA, Jordi (1996) *De la pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la postguerra española*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- RODRIGANEZ, Casilda y CACHAFEIRO, Ana (1999) "La sexualidad de la Mujer" Revista *Ekintza Zuzena*. En: www.casildarodriganez.org/artics2.php Accedido el 10/11/2008.
- RODRIGANEZ, Casilda (2003) "Sobre la violencia interiorizada en las mujeres" En: *Jornadas Las Mil Caras de la Violencia Contra las Mujeres*. Vitoria: Asamblea de Mujeres de Álava. En: www.casildarodriganez.org/orales8.php Accedido el 3/03/2009.
- ROMALIS, Shelly (1981) *Childbirth: Alternative To Medical Control*. Austin: University of Texas Press.
- ROTHMAN, Barbara (1989) *Recreating motherhood*. Norton & Company. New York, London.
- RUIZ VÉLEZ-FRÍAS, Consuelo (2009) *Parir sin miedo*. Tenerife: OB STARE.

- DLER, Michelle (2003) *Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*. Tesis Doctoral. Santiago: Universidad de Chile.
- SALAZAR, Rolando (2007) "La Federación: historia de 1987 a 1992" *Diálogos* 70 (50), pp. 16–19.
- SÁNCHEZ–FERNÁNDEZ, Yolanda. MUÑOZ–AVALOS, N. PEREZ–CUADRADO, Susana. ROBLEDO–SÁNCHEZ, A. PALLÁS–ALONSO, Carmen. DE LA CRUZ BERTOLO, J y GARCÍA–BURGUILLO, Antonio (2003) "Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto". *Progresos Obstetricia Ginecología* 46(10), pp. 441–447.
- SANMARTIN, Ricardo (2005) "La observación participante". En: Manuel GARCÍA–FERRANDO, Jesús IBAÑEZ y Francisco ALVIRA. *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza, pp. 145–165.
- SARGENT, Carolyn (1982) *The cultural Context of Therapeutic Choice: Obstetrical Decisions among the Bariba of Benin*. Dordrecht: D Reidel.
- SAU, Victoria (1995) *El vacío de la maternidad: madre no hay más que ninguna*. Barcelona: Icaria.
- SCHEPER–HUGHES, Nancy (1997[1992]) *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- SCHEPER–HUGHES, Nancy (2000) "Demografía sin números: el contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil." En: Andreu VIOLA (ed.) *Antropología del Desarrollo*. Barcelona: Paidós, pp. 267–296.
- SHAW, Rebecca y KITZINGER, Celia (2005) "Calls to a home birth helpline: Empowerment in childbirth". *Social Science & Medicine* 61, pp. 2374–2383.
- STANLEY, Lisa (1990) "Method, methodology and epistemology in the research process" En: Sue WISE (ed.) *Feminist Praxis: Research, theory and epistemology in feminist sociology*. London, Routledge, pp. 20–54.
- STOLLER, Nancy (1974) *Forced labor: maternity care in the United States*. Oxford: Pergamon studies in critical sociology.
- STOLCKE, Verena (1996) "Antropología del Género" En: Joan PRAT y Ángel MARTÍNEZ (eds.) *Ensayos de antropología cultural*. Barcelona: Ariel, pp. 335–343.
- TABET, Paola (1985) "Fertilité naturelle, reproduction forcée" En: Nicole Claude MATHIEU (ed.) *L'Arraînement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*. Paris: Editions de l'Ecole des hautes Etudes en Sciences Sociales, pp. 61–146.
- TABOADA, Leonor (1978) *Cuaderno feminista. Introducción al Self–help*. Barcelona: Fontanella.
- TAUSSING, Michael (1995[1992]) *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como un sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa.
- TAYLOR, Janelle (1996) "Image of contradiction: obstetrical ultrasound in American Culture". En: Sarah FRANKLIN y Helena RAGONE (eds.) *Reproducing Reproduction*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, pp. 15–45.
- TAYLOR, Steve J y BOGDAN, Robert (1996[1984]) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- TEW, Marjorie (1998) *Safer childbirth: a critical history of maternity care*. Free Association Books Ltd.
- TOBIO, Constanza (2005) *Madres que trabajan dilemas y estrategias*. Madrid: Cátedra.

- TORRE, M^a Teresa (2006) "Proyecto de gestión: organización de un sistema público de atención al parto domiciliario en el área de gestión sanitaria norte de Málaga". *Experto universitario en gestión de cuidados*. Granada: Escuela andaluza de salud pública. En: www.nacerencasa.org/bibliografia/sistema%20publico%20parto%20domiciliario.pdf Accedido el 5/02/2008.
- TUBERT, Silvia (1991) *Mujeres sin sombra*. Madrid: Siglo XXI.
- UNICEF (1998) *Avances hacia las Metas para las Niñas, las Adolescentes y las Mujeres. Seguimiento de las metas del Acuerdo de Santiago. La participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva*. Santafé de Bogotá: UNICEF, UNIFEM, FNUAP, PNUD, OPS/OMS.
- UNICEF (2008) *Progreso para la infancia. Un balance sobre la mortalidad materna*. New York: UNICEF.
- URIBE, José María (1996) *Educación y curar. El diálogo cultural en Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- URIBE, José María (2007) "Antropología Social y Atención Primaria de Salud: Un encuentro ineludible" En: Mari Luz ESTEBAN (ed.) *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. País Vasco: Asociación Defensa Salud Pública País Vasco, pp. 36-54.
- VALLÉS, Miguel (2000) *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- VALLS, Carme (1991) *Mujeres y hombres: salud y diferencias*. Barcelona: Folio.
- VALLS, Carme (2006) *Mujeres invisibles*. Barcelona: Unilibro.
- VELASCO, Honorio y DÍAZ DE RADA, Ángel (1997) *La lógica de la investigación etnográfica*. Madrid: Trota.
- VELASCO, Sara (2006) "Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista". *Material docente del Diploma de Salud Pública y Género*. Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de la Mujer y Observatorio de Salud de la Mujer. En: www.migualdad.es/mujer/programas/salud/teorias%20enfoco%20genero2006.pdf Accedido el 10/03/2009.
- VIDAL, Coloma (2004) "El informe Cumberlege: cambiando el parto". *Mujer y Salud Dossier 11*, pp. 26-28.
- WAPM, World Association of Perinatal Medicine (2001) "Declaración de Derechos de la Madre y del Recién Nacido" *5th. World Congreso of Perinatal Medicine*. Barcelona. En: www.minsal.cl/ici/salud_mujer/documentos/derechos_madre_recien_nacido.pdf Accedido en 2/03/2009.
- WOLF, Diane L (1996) *Feminist Dilemmas in Fieldwork*. London: Westview Press.
- ZOLA, Irving K (1981) "El culto a la salud y la medicina inhabilitante" En: Iván ILLICH. *Profesiones inhabilitantes*. Madrid: Blumen, pp. 37-59.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
IDEOLOGIAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:
EL CASO DEL AREA 12 DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Maria Isabel Blázquez Rodríguez
ISBN:978-84-692-5930-6/DL:T-1669-2009

11. ANEXOS

ANEXO 1. GUIÓN DE LA ENTREVISTA

Vivencias del epp

1. Necesidades de las mujeres durante el epp.
2. Vivencias de cada una de las etapas.
3. Miedos, preocupaciones.
4. Información que tienes e información recibida: carencias.
5. Decisiones que han tomado.
6. Lactancia materna y artificial. Información. Experiencia.
7. Trabajo y embarazo y trabajo y puerperio.
8. Apoyos durante el proceso.
9. Cuidados durante el embarazo y el puerperio.

Valoración de la atención sanitaria:

10. Valoración general: consultas de obstetricia, matronas, cursos grupales, paritorio, servicio de puerperio y atención en el puerperio.
11. Papel de la enfermería, la matrona y la obstetra en el embarazo.
12. Sobre las pruebas que le han realizado: conocimientos y percepción.
13. Cambios en la atención sanitaria. Aspectos positivos y a mejorar.
14. Relación con las profesionales sanitarias.
15. Tensiones. Propuestas de mejora.
16. Medicalización del epp. Control sanitario. Relación con sus vivencias.

Pareja o entorno familiar

17. Papel en el embarazo, parto y puerperio: ¿es similar? ¿en qué aspectos deberían participar? ¿se promueve su participación? ¿lo deberían hacer?
18. Participación de los hombres en relación con su futura paternidad.
19. Baja por paternidad.

Cambios por la maternidad:

20. Cambios en sus vidas a partir del embarazo y de la maternidad.
21. Vivencias de la maternidad.
22. Tensiones.
23. Baja maternal y crianza.

ANEXO 2. LISTADO DE CONTACTOS DEL ÁREA 12

Atención Primaria:

- Entrevista con Responsable de Programas. 12/02/2005.
- Carta y contacto telefónico con Gerente de Atención Primaria. 03/05/2005.
- Contactos telefónicos con Dirección de Enfermería de Atención Primaria. 05/2005.
- Presentación del Proyecto al Director de Enfermería, a la Directora de Educación para la Salud e Investigación y a las matronas del área. 04/12/2005.

Atención Especializada:

Dirección de la Gerencia de Atención Especializada: contacto telefónico y envío del proyecto por mail, 10/10/2005.

Área de Noceda:

- Entrevista con Jefe Servicio de Ginecología y Obstetricia, 03/03/2005 y 10/10/2005.
- Carta y contacto telefónico con Supervisora de enfermería del Servicio de Ginecología y obstetricia. 03/03/2005 y 10/10/2005.
- Entrevista con Jefa de sección de obstetricia. 10/10/2005

Área de Villafranca:

- Entrevista con Jefa del Servicio de Ginecología y obstetricia. 04/04/2005 y 10/10/2005.
- Entrevista con Supervisora de enfermería del área de obstetricia. 04/04/2005 y 10/10/2005.
- Entrevista y contactos telefónicos y por mail con Comisión de Investigación. De 04/04/2005 a 10/10/2005.
- Entrevista con Responsable de Investigación. De 10/10/2005 a 30/01/2007.

Comisión de Investigación del Hospital de Villafranca:

- Informe favorable para la realización del proyecto. 22/07/2005.

Comité de ética del Hospital de Noceda:

- Aprobación del proyecto. 13/10/2005.

ANEXO 3. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO

Investigadora solicitante:	Tutor de la investigadora:
M ^a Isabel Blázquez Rodríguez Doctoranda en Antropología Social y Cultural. Departamento de Programas de Salud. Escuela Nacional de Sanidad Instituto de Salud Carlos III C/ Sinesio Delgado 6-8 - 28029 Madrid. Teléfono: 91.822.22.13 / 625.113.755 blazquez@isciii.es	Dr. Fernando Villar Álvarez Jefe del Departamento de Programas de Salud. Departamento de Programas de Salud. Pabellón 6. Escuela Nacional de Sanidad Instituto de Salud Carlos III C/ Sinesio Delgado 6-8 - 28029 Madrid. Teléfono: 91.822.23.62

1. Introducción.

En el Departamento de Programas de Salud, de la Escuela Nacional de Sanidad –Instituto de Salud Carlos III; desde 1995 hay una línea de trabajo en género y salud. Dentro de esta área de trabajo se inserta este proyecto de investigación.

La perspectiva de género todavía no ha sido integrada en los programas de salud que están implementados en la Comunidad de Madrid, y de una forma lenta se está incorporando en algunas áreas sanitarias como en la atención a determinados problemas de salud, en la docencia y en la investigación. Por lo que es necesario profundizar en esta área de estudio.

Además se hace necesario en este proceso de incorporación de la perspectiva de género a la atención sanitaria, tener en consideración los diferentes puntos de vista y significados tanto de los y las profesionales sanitarios que prestan la atención sanitaria como de la población usuaria, aspectos hacia los que se dirige este proyecto. Por lo que este proyecto pretende visibilizar los diferentes puntos de vista y significados del enfoque de género en el proceso de atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio, en el área sanitaria 12 de la Comunidad de Madrid e indagar sobre la influencia que tiene el género en este proceso particular sanitario. Para lo que se ha iniciado en el área de Noceda para actualmente dirigirse al área de Villafranca.

2. Fundamentación del proyecto:

El género es un concepto que hace referencia a las diferencias que se establecen entre los hombres y las mujeres. Estas interpretaciones socioculturales tratan de explicar las diferencias que no se corresponden con la biología entre los sexos. De modo que se atribuyen unas determinadas creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades a las personas en función de su sexo. De esta premisa se deriva que los patrones de salud-enfermedad están atravesadas también por el género, que determina los estilos de vida, los factores de vulnerabilidad y protección, las formas de enfermar, percibir, cuidar, tratar su cuerpo y el de los otros, y el modo de respuesta de los sistemas sanitarios frente a los procesos de salud-enfermedad. Como hay evidencia en algunos problemas de salud como la cardiopatía isquémica, la salud mental, la violencia y el trabajo doméstico entre otros.

La atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio, aunque esta centrada en la salud de las mujeres, esto no implica que tenga en cuenta estas diferencias de género y su influencia en la salud. Por lo que hay que indagar en cómo en este proceso dirigido sólo a mujeres, se entiende la perspectiva de género.

Además en el embarazo, parto y puerperio, como en otros procesos de salud, los y las profesionales sanitarios, son los principales socializadores en los comportamientos esperados tanto de la mujer como del hombre, del padre, de la madre y de la relación entre ambos. Por lo que se esta inscribiendo, consciente e inconscientemente, una determinada visión de las relaciones de género. En este sentido, la investigación permite detectar claves y problemas en este campo concreto sobre el género y la salud, sobre las distintas formas de entender la salud de las mujeres, su papel en la reproducción, la masculinidad y la feminidad, la maternidad y la paternidad y las relaciones entre ambos principalmente.

La elección del área Sanitaria 12, viene justificada porqué en su programa de la mujer, se observan variaciones con respecto a las otras áreas, ya que se utiliza la palabra género, tiene en cuenta las diferencias de género, aparece un lenguaje inclusivo de género (hombre, mujer, paternidad y maternidad) y la fundamentación del programa está centrada en las necesidades de las mujeres, entre otros hechos.

De modo que esta investigación, pretende responder a varias preguntas cómo las siguientes: ¿Cómo es entendida la perspectiva de género por los y las profesionales sanitarios? Y ¿por las usuarias? ¿Y por sus parejas? En segundo lugar, aquellas que nos explican la influencia de la perspectiva de género en el proceso del embarazo, parto y puerperio. Y en tercer lugar, y cómo resultado de la información de las anteriores: ¿Cómo se puede proponer la incorporación de la perspectiva del género en esta atención, teniendo en cuenta estas visiones?

Por último, se considera que habría otras razones que explican la utilidad de la investigación y que serían:

- Explicar en qué consiste la perspectiva de género en el embarazo, parto y puerperio.
- Proporcionar una herramienta de trabajo sobre cómo aplicar el género a la salud.
- Mejorar la calidad y accesibilidad de la atención prestada –en este caso a las mujeres-.
- Promover la igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres, alcanzando así mayor equidad en la salud para el disfrute del mayor bienestar posible.
- Y también es una forma de detectar las necesidades de la población usuaria, aspecto relacionado con la satisfacción.

3. Objetivos:

1. Analizar cómo influye la perspectiva en el embarazo, parto y puerperio en el área 12 de la Comunidad de Madrid.

Estudiar las diferentes formas de entender la perspectiva de género, según las usuarias.

Analizar las relaciones de la variable género con otras como la clase social, la cultura de origen, la edad y la ocupación.

Mostrar cómo los/as profesionales que atienden este proceso, perciben la perspectiva de género.

Identificar la relación entre la perspectiva de género con la percepción de la salud y de los cuidados.

2. Avanzar propuestas sobre cómo promover la perspectiva de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio.

4. Metodología: Para responder a los objetivos de este proyecto sería pertinente un abordaje metodológico cualitativo de investigación social, que persigue comprender las opiniones, vivencias e imágenes de los y las profesionales sanitarios y las usuarias, con relación a la perspectiva de género en este proceso sanitario. Desde esta perspectiva, la atención se centra en el discurso de los sujetos sociales, en lo que piensan y lo que hacen. Esta aproximación nos sirve para recoger la carga de significados, así como la complejidad de factores que pueden estar influyendo en este proceso de salud.

4.1. Entorno físico de la investigación: El trabajo de campo esta siendo realizado en el área Sanitaria 12 de la Comunidad de Madrid, situada al suroeste de dicha comunidad.

Los espacios físicos dónde está previsto llevar a cabo el proyecto de investigación en el área de Noceda son tanto los centros de atención primaria como los centros de atención especializada, compuestos por los centros de especialidades y los hospitales, puesto que en cada uno de ellos se presta una atención diferente a este proceso. La segunda parte se plantea en el área de Villafranca, compuesta por los siguientes centros:

Centros de Atención Primaria: dónde se realizan los cursos de psicoprofilaxis obstétrica y las consultas de puerperio. De los nueve centros de atención primaria se han seleccionado tres en base a la mayor proporción de mujeres en edad reproductiva, que son: *Centro de Salud _____* y *Centro de Salud _____*. Los cuales pueden ser modificados en función de las personas responsables del servicio y las necesidades del mismo.

Centro de Especialidades: dónde se ubican las consultas de tocoginecología que atienden el embarazo.

Hospital: dónde se presta atención al parto y al puerperio.

4.2. Población de estudio: La población objeto del estudio va a ser los siguientes sujetos involucrados en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio:

	<i>Profesionales sanitarios/as:</i>	<i>Usuaris</i>
<i>Variables</i>	Sexo Experiencia laboral Situación laboral Perfil profesional Formación postgrado	Edad Clase social Nivel de estudios País de origen Cultura sanitaria

4.3. Técnicas de producción y recogidas de datos. Se plantea la utilización de cuatro técnicas:

En primer lugar, *el análisis documental* del programa que normativiza la atención, incorporando aquellos documentos escritos que sirven de guía para la actuación de los/as profesionales y las usuarias como protocolos o guías de actuación. También se incluye el estudio de trípticos, folletos informativos,... elaborados para la población usuaria en relación con este proceso asistencial. *Estos documentos se espera que sean facilitados por los servicios sanitarios dónde se desarrollará la investigación. También se solicitará a los centros las memorias anuales para disponer de datos sociodemográficos y sanitarios de este proceso, de modo que no se accederá a las historias clínicas.*

En segundo lugar se propone la utilización de tres técnicas diferentes: la observación participante, la entrevista abierta, y el grupo de discusión.

- **La observación participante** es un proceso que recoge información de un modo sistemático, tomando notas de lo que ocurre en las consultas de *tocoginecología, en los servicios de paritorio y puerperio, en los cursos de psicoprofilaxis obstétrica y en las consultas de puerperio* en relación con los objetivos de la investigación.

Este tipo de observación se define como participante, ya que la observadora no sólo se limita a describir lo que ocurre, sino también se relaciona con los sujetos de observación, es decir, con los y las profesionales sanitarios y con las usuarias, preguntándoles aspectos y ampliando la información recogida de la observación. Estas conversaciones se dan *fuera del acto clínico*, es decir, cuando la intervención sanitaria haya finalizado, la observadora pregunta a los sujetos para ampliar, reafirmar y/o aclarar la información obtenida. De modo que a través de la observación, la investigadora contacta con los sujetos de estudio para solicitar su participación en el estudio.

La información obtenida en la observación se registra in situ en un cuaderno de notas, y se podrá grabar algunas conversaciones *–fuera del acto clínico–*, previo consentimiento de los sujetos de estudio. Para guiar la observación se presenta en el anexo 1, un guión con la información que se espera observar y registrar. Y el consentimiento de la observación aparece en el anexo 2.

- **La entrevista abierta y en profundidad**, es un dispositivo conversacional (entrevistador/ entrevistado) con el que tratamos de recoger versiones personales acerca de alguna experiencia, situación, proceso,... con el fin de poder entender y comprender la significación y el sentido que pudieran tener para los sujetos¹⁸⁹. La investigadora solicitará la participación para las entrevistas a aquellas personas que contacte en la observación mediante el consentimiento en el anexo 3.

Esta previsto realizar un total de 16 entrevistas, distribuidas de la siguiente manera en función de la población de estudio:

<i>Profesionales Sanitarios</i>	Ginecólogos/as	3
	Matronas/os	3
	Enfermeras/os	2
Usuarias		4
Parejas		4
Total		16

Estas entrevistas serán llevadas a cabo en un espacio privado en los centros sanitarios, realizadas por la investigadora y serán grabadas.

- **El grupo de discusión** es una técnica grupal, que consiste en reunir entre 5 y 9 personas, convocadas por un agente exterior al grupo, para hablar sobre un tema determinado. El grupo está “dirigido” por un/a preceptor/a o moderador/a. El grupo debe combinar un mínimo de homogeneidad para mantener la simetría de la relación de los componentes del grupo, con un mínimo de heterogeneidad para enriquecer la producción y asegurar las diferencias necesarias¹⁹⁰.

Esta previsto realizar 4 grupos de discusión: 2 con profesionales: uno con ginecólogos/as y otro con personal de enfermería (matronas/os y enfermería); 1 con usuarias y 1 con parejas de usuarias.

El permiso para el grupo de discusión se realiza mediante el consentimiento establecido en el anexo 4. Los grupos de discusión serán llevados a cabo en un espacio privado en los centros sanitarios, realizadas por la investigadora con la colaboración de personal externo como se especifica en el apartado de logística y serán grabados.

4.4. Trabajo de campo:

Información y difusión de la investigación: Se propone que se informará de la investigación a la población de estudio a través de tres medios.

En primer lugar la investigadora informará personalmente del estudio a las personas responsables de los servicios y posteriormente durante el trabajo de campo tanto al personal sanitario como a las usuarias y sus acompañantes. Solicitando un consentimiento firmado escrito de la observación como se presenta en el anexo 2.

En segundo lugar, se propone informar principalmente a las usuarias, mediante un escrito que estará en un lugar público de los centros, como un tablón de anuncios, dónde se explica la investigación. Se presenta este modelo de escrito en el anexo 5.

En tercer lugar, se pretende que los y las profesionales presenten a la investigadora en todas aquellas actividades en que esté presente. La investigadora por su parte, irá identificada con una bata y una tarjeta dónde figurará su nombre y función de investigadora.

Captación de la población de estudio: La investigadora durante su tiempo de observación en los centros señalados contactará con los/as profesionales y las usuarias. Les informará nuevamente sobre la investigación y les solicitará permiso para participar en el estudio mediante los consentimientos informados descritos en el apartado de técnicas.

¹⁸⁹Ribot Catalá C., Fernández-Tenllado Gil M.A, García de León Solera D. Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. Aten Primaria 2000; 25:343-348.

¹⁹⁰Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Delgado JM, Gutierrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis Psicológica, 1994:287-316.

Ibáñez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI, 1979.

La participación en el estudio será voluntaria, confidencial y no remunerada. Se rellenará una ficha de captación anónimizada descrita en el anexo 1, con datos sociodemográficos, lugar de la captación, tema y duración de la reunión.

Diseño de la guía de campo: La información que se recoja en la atención sanitaria está relacionada con las siguientes unidades de análisis, establecidas sobre los temas que a “priori” interesan abordar para abarcar los objetivos de la investigación y en función de la bibliografía disponible de esta temática. Sin embargo se pueden ampliar y reducir en función del sujeto participante y del desarrollo de la investigación. .

1. Percepciones del embarazo, parto y puerperio.
2. Percepciones de la maternidad, paternidad.
3. Percepciones de lo masculino y femenino y de las relaciones entre ambos.
4. Las relaciones entre los y las profesionales sanitarios.
5. Las relaciones entre las usuarias y los/as profesionales.
6. La participación de la usuaria en su proceso.
7. La participación de la pareja en el proceso del embarazo, parto y puerperio.
8. El acceso a la información sanitaria.
9. Los procesos de toma de decisiones.

Conducción de los grupos y entrevistas: La entrevistadora así como la preceptora del grupo será la propia investigadora del proyecto. En los grupos de discusión participarán para poder moderar y desarrollar el grupo otros investigadores/as con formación y experiencia en el campo de la investigación cualitativa, compañeros/as del Instituto de Salud Carlos III. Su labor va a consistir en centrar la conversación en torno a los objetivos de investigación, redistribuir el uso de la palabra y posibilitar la interacción. Cuando se vayan a realizar dichos grupos se informará a las personas responsables del centro del nombre de estas personas de apoyo.

Logística: Las entrevistas y grupos de discusión se llevarán a cabo en un lugar accesible para los participantes – profesionales y usuarias- y que garantice un clima de privacidad. Para lo que solicitará la disponibilidad de un aula con una mesa o conjuntos de mesas (distribuidas en forma circular).

Se empleará una grabadora para registrar el discurso. El tiempo será entre 60-90 minutos.

Transcripción y análisis de la información: Se llevará a cabo la transcripción literal del material grabado por parte de la investigadora. Después de disponer de la información transcrita, se procederá al análisis de la información. Esta información se elaborará como un informe que será devuelto a los/as profesionales y las usuarias con objeto de:

- Revisar, proponer y completar el texto.
- Debatir y discutir sobre algunas propuestas para incorporar la perspectiva de género en la atención sanitaria.

4.5. Implicaciones éticas y legales.

Se tomarán las precauciones necesarias para asegurar que los derechos y libertades de los sujetos de la investigación sean respetados. La información obtenida solo será utilizada en el marco de esta investigación, garantizando la confidencialidad de las personas participantes. En todo caso, se cumplirá lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Para ello se pedirá autorización mediante los consentimientos escritos descritos en la parte de técnicas.

4.6. Financiación de la investigación:

Esta investigación esta financiada mediante una beca del Instituto de Salud Carlos III, concedida a la investigadora M^a Isabel Blázquez Rodríguez para la realización de su tesis doctoral. Los únicos gastos previstos son los correspondientes a cintas grabadoras, pilas y material de oficina que serán cubiertos por el Instituto de Salud Carlos III y por la propia investigadora. Al igual que los informes en papel que sean elaborados y devueltos a la población de estudio.

Como se ha explicado anteriormente no habrá ningún tipo de remuneración para los y las participantes en el estudio.

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA OBSERVACIÓN

Consentimiento informado de la OBSERVACIÓN
para las USUARIAS de las consultas de ginecología
del centro de especialidades.

HOJA DE INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: Estudio de opiniones y experiencias sobre el embarazo, parto y puerperio en el Área Sanitaria 12 de la Comunidad de Madrid.

Objetivo del estudio

El Centro de Especialidades _____ ha dado permiso para un estudio sobre las opiniones y experiencias del embarazo, parto y puerperio tanto de los y las profesionales sanitarias, como de las usuarias y sus parejas, en el cual se le invita a participar.

Participación voluntaria

Su participación es totalmente **voluntaria**. De su participación en el estudio no se derivará ningún trato diferente en lo que se refiere a la calidad de la atención sanitaria que recibirá en el caso de no participar. Es Usted libre de rechazar colaborar y puede abandonar el estudio en cualquier momento que lo estime oportuno.

Procedimiento del estudio

Para participar en el estudio, la investigadora Maria Isabel Blázquez Rodríguez le va a pedir participar, para poder estar presente observando durante su atención sanitaria. Este tipo de observación implica anotar lo que ocurre en un cuaderno de notas. Esta observación puede ser completada con una conversación fuera del acto sanitario, es decir, cuando la intervención sanitaria haya finalizado. Los datos obtenidos durante la investigación serán cedidos a la Escuela Nacional de Sanidad, del Instituto de Salud Carlos III para su tratamiento en el ámbito del estudio. De cualquier forma, la información es completamente **anónima** y está protegida por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Caracter Personal.

Beneficios esperados

Su participación en el estudio permitirá un mayor conocimiento sobre el punto de vista de las usuarias de la atención sanitaria en relación al embarazo, parto y puerperio con el fin de mejorar la calidad de la misma.

Confidencialidad

La información se utilizará con el único propósito de llevar a cabo este estudio y para su atención sanitaria. Esta información se tratará de forma absolutamente **confidencial**. Para cualquier pregunta o aclaración puede consultar con los responsables del Centro y con la propia investigadora.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Estudio de opiniones y experiencias sobre el embarazo, parto y puerperio en el Área Sanitaria 12 de la Comunidad de Madrid.

Yo _____

(nombre completo)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con M^a ISABEL BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, investigadora del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria, confidencial y no remunerada.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y, concretamente, para que mis datos sean cedidos a la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III para su tratamiento en el ámbito del estudio.

Fecha _____

Fecha _____

Firma de la usuaria

Firma de la investigadora

¹ Investigadora del Departamento de Programas de Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. C/ Sinesio Delgado 6-8 - 28029 Madrid. Teléfono: 91.822.22.13 blazquez@isciii.es

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENTREVISTA

Consentimiento informado de la ENTREVISTA para las USUARIAS del
programa de embarazo del

Centro de Salud _____ del área 12.

HOJA DE INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Estudio de opiniones y experiencias sobre el embarazo, parto y puerperio en el Área Sanitaria 12 de la Comunidad de Madrid.

Objetivo del estudio

La Dirección de Atención Primaria del Área Sanitaria 12 ha dado permiso para un estudio sobre las opiniones y experiencias del embarazo, parto y puerperio tanto de los y las profesionales sanitarias, como de las usuarias y sus parejas, en el cual se le invita a participar.

Participación voluntaria

Su participación es totalmente voluntaria. De su participación en el estudio no se derivará ningún trato diferente en lo que se refiere a la calidad de la atención sanitaria que recibirá en el caso de no participar. Es Usted libre de rechazar colaborar y puede abandonar el estudio en cualquier momento que lo estime oportuno.

Procedimiento del estudio

Para participar en el estudio, la investigadora María Isabel Blázquez Rodríguez le va a pedir participar en UNA ENTREVISTA. La entrevista abierta y en profundidad, es una conversación privada entre usted y la investigadora con el que se trata de recoger su versión personal acerca de esta experiencia del embarazo, parto y puerperio. Se empleará una grabadora para registrar el discurso. El tiempo será entre 60-90 minutos. Y se realizará en una sala para crear un clima de privacidad. Su participación será confidencial y no remunerada.

Los datos obtenidos durante la investigación serán cedidos a la Escuela Nacional de Sanidad, del Instituto de Salud Carlos III para su tratamiento en el ámbito del estudio. De cualquier forma, la información es completamente **anónima** y está protegida por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Beneficios esperados

Su participación en el estudio permitirá un mayor conocimiento sobre el punto de vista de las usuarias de la atención sanitaria en relación al embarazo, parto y puerperio con el fin de mejorar la calidad de la misma.

Confidencialidad

La información se utilizará con el único propósito de llevar a cabo este estudio y para su atención sanitaria. Esta información se tratará de forma absolutamente **confidencial**. Para cualquier pregunta o aclaración puede consultar con los responsables del Centro y con la propia investigadora.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio de opiniones y experiencias sobre el embarazo, parto y puerperio en el Área Sanitaria 12 de la Comunidad de Madrid.

Yo _____

(nombre completo)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con M^{ra} ISABEL BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, investigadora del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria, confidencial y no remunerada.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y, concretamente, para que mis datos sean cedidos a la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III para su tratamiento en el ámbito del estudio.

Fecha _____ Fecha _____

Firma de la usuaria Firma de la investigadora

¹ Investigadora del Departamento de Programas de Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. C/ Sinesio Delgado 6-8 - 28029 Madrid. Teléfono: 91.822.22.13 blazquez@isciii.es

ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTA GRUPAL

Consentimiento informado de ENTREVISTA GRUPAL para LAS
USUARIAS del programa de embarazo del Centro de Salud
"_____"
de la Área Sanitaria 12.

HOJA DE INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:
**Estudio de opiniones y experiencias sobre el embarazo, parto y puerperio en
el Área Sanitaria 12 de la Comunidad de Madrid.**

Objetivo del estudio

La Dirección de Atención Primaria del Área Sanitaria 12 ha dado permiso para un estudio sobre las opiniones y experiencias del embarazo, parto y puerperio tanto de los y las profesionales sanitarias, como de las usuarias y sus parejas, en el cual se le invita a participar.

Participación voluntaria

Su participación es totalmente **voluntaria**. De su participación en el estudio no se derivará ningún trato diferente en lo que se refiere a la calidad de la atención sanitaria que recibirá en el caso de no participar. Es Usted libre de rechazar colaborar y puede abandonar el estudio en cualquier momento que lo estime oportuno.

Procedimiento del estudio

Para participar en el estudio, la investigadora Maria Isabel Blázquez Rodríguez¹ le va a pedir participar en UNA ENTREVISTA GRUPAL. El tiempo será entre 60-90 minutos. Y se realizará en una sala para crear un clima de privacidad. Su participación será confidencial y no remunerada. Se empleará una grabadora para registrar el discurso.

En la entrevista participarán unas 10 usuarias y serán realizados por la investigadora con la colaboración de personal externo del Instituto de Salud Carlos III.

Los datos obtenidos durante la investigación serán cedidos a la Escuela Nacional de Sanidad, del Instituto de Salud Carlos III para su tratamiento en el ámbito del estudio. De cualquier forma, la información es completamente **anónima** y está protegida por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Beneficios esperados

Su participación en el estudio permitirá un mayor conocimiento sobre el punto de vista de las usuarias en relación al embarazo, parto y puerperio con el fin de mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Confidencialidad

La información se utilizará con el único propósito de llevar a cabo este estudio y para su atención sanitaria. Esta información se tratará de forma absolutamente **confidencial**. Para cualquier pregunta o aclaración puede consultar con los responsables del Centro y con la propia investigadora.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
**Estudio de opiniones y experiencias sobre el embarazo, parto y
puerperio en el Área Sanitaria 12 de la Comunidad de Madrid.**

Yo _____

(nombre completo)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con M^{ra} ISABEL BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ,
investigadora del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria, confidencial y no remunerada.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y, concretamente, para que mis datos sean cedidos a la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III para su tratamiento en el ámbito del estudio.

Fecha _____ Fecha _____

Firma del participante _____ Firma de la investigadora _____

Si usted desea que la investigadora con un par de días de antelación se ponga en contacto con usted para recordarle la importancia de su participación en la ENTREVISTA GRUPAL, escriba su número de teléfono: _____

¹ Investigadora del Departamento de Programas de Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. C/ Sinesio Delgado 6-8 - 28029 Madrid. Teléfono: 91.822.22.13 blazquez@isciii.es

ANEXO 7. INFORME DE COMITÉ ÉTICO

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

Análisis de la perspectiva de género en el embarazo, parto y puerperio.

y considera que:

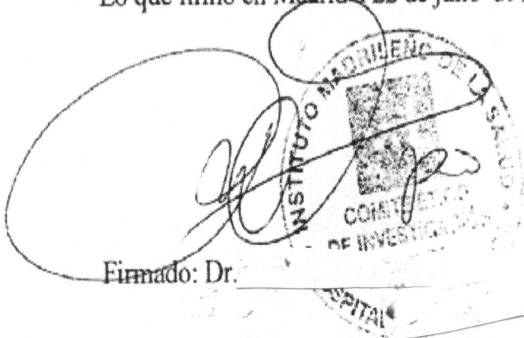
Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.

Y que este Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en este área por la **Dra. M^a Isabel Blázquez Rodríguez** - como investigadora principal.

Lo que firmo en Madrid a 22 de julio de 2005

Firmado: Dr. 

ANEXO 8. INFORME DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTINUADA.

De: Dr. _____
Presidente de la Comisión de Investigación, Docencia y Formación Continuada.

A: D^a M^a Isabel Blázquez Rodríguez.


Asunto: proyecto de investigación para su Tesis Doctoral titulada: "Análisis de la perspectiva de género en el embarazo, parto y puerperio en el área

Fecha: 13/10/2005

La Doctoranda D^a M^a Isabel Blázquez Rodríguez, ha presentado en la Comisión de Investigación, Docencia y Formación Continuada del hospital, el proyecto de investigación para su Tesis Doctoral titulada: "Análisis de la perspectiva de género en el embarazo, parto y puerperio en el área sanitaria de la Comunidad de Madrid". En él se muestran las necesidades que el proyecto va a requerir del hospital. No manejando personalmente la historia clínica y no interviniendo en ningún acto clínico. Se requiere la elaboración de un consentimiento por parte de los pacientes, para abordar la investigación y las entrevistas con los mismos.

La conclusión de la Comisión sobre este proyecto, es aceptación y adecuación para su realización, quedando pendiente por la dirección del hospital, su autorización final, tal y como queda reflejado en el acta nº 10/2005, de 27 de abril de 2005.

Sin otro particular, les saluda cordialmente.

P.C. 
Secretaria Comisión

Dr. _____
Presidente de la Comisión.

ANEXO 9. CONTRATO DEL HOSPITAL DE VILAFRANCA

18 de febrero de 2007

AUTORIZA

A D^a. María Isabel Blázquez Rodríguez, con Documento Nacional de Identidad número: 82631328-K, en calidad de investigador del proyecto "Análisis de la perspectiva de género en el embarazo, parto y puerperio", y becario de Instituto de Salud Carlos III, para la realización de las actividades de investigación contempladas en el proyecto, podrá contactar con las personas que serán objeto de observación en el estudio y se responsabilizará de entregar las hojas de información y de obtener los consentimientos informados firmados antes de su acceso a Partitorio. Esta última condición será imprescindible antes del inicio de cualquier observación en el resto de las áreas del hospital: consultas de Obstetricia, planta, en las que el becario realice su estudio.

Además, deberá realizar una presentación formal, ante los profesionales del Servicio de Ginecología y Obstetricia, de los resultados obtenidos en el estudio una vez finalizada la estancia en el hospital.

La presente autorización tendrá validez desde el 8 de febrero de 2007 al 8 de febrero de 2008, siendo librada en el lugar y fecha que figura en el encabezamiento a los efectos señalados.

DIRECTORA GERENTE
ENTE PÚBLICO HOSPITAL DE

Autenticación y comprobación de firma de María Isabel Blázquez Rodríguez para la realización del estudio "Análisis de la perspectiva de género en el embarazo, parto y puerperio" (09-02-07)



AIA. D^a. María Isabel Blázquez Rodríguez
Becario Instituto de Salud Carlos III

En su condición de autorizada para acceder y tratar los datos de salud de los pacientes incluidos proyecto: "Análisis de la perspectiva de género en el embarazo, parto y puerperio", y becario de Instituto de Salud Carlos III adquiere la condición de usuario respecto de los ficheros que contengan la información precisa para la realización del precitado estudio. Por ello y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 del Real Decreto 994/1999 de 11 de junio, debe conocer las funciones y responsabilidades en relación con la confidencialidad y protección de los datos que por su condición de investigadora designada por le compete procesar, manipular o custodiar.

Mediante el presente documento se da cumplimiento a la precitada obligación de información.

FUNCIONES Y OBLIGACIONES QUE COMO USUARIO DEL FICHERO DE HISTORIAS CLÍNICAS LE CORRESPONDEN:

- En su condición de usuario es responsable de su equipo (terminal de ordenador asociada a su puesto de trabajo). cuando abandone éste por espacio superior a 5 minutos deberá dejarlo en un estado que impida el acceso por 3^o a los datos protegidos. Si el sistema empleado es protector de pantalla, la reanudación del trabajo implicará la introducción de la contraseña correspondiente.
- En la impresora, deberá asegurarse que no quedan documentos impresos en la bandeja de salida que contengan datos protegidos. Si la impresora es compartida con otros usuarios, deberá retirar los documentos conforme sean impresos.
- Está prohibida la conexión a redes externas desde equipos que contengan o tengan acceso a los datos del fichero. Se incluye en este apartado Internet o servicios similares. La conexión sólo se podrá realizar mediante autorización del responsable del fichero.



Comunidad de Madrid

A/GA. D^a. Maria Isabel Blázquez Rodríguez
Becario Instituto de Salud Carlos III

En su condición de autorizada como investigadora del proyecto de investigación: "Análisis de la perspectiva de género en el embarazo, parto y puerperio" y becario de Instituto de Salud Carlos III, para la realización de las actividades de investigación contempladas en el proyecto, podrá contactar con las personas que serán objeto de observación en el estudio y se responsabilizará de entregar las hojas de información y de obtener los consentimientos informados firmados antes de su acceso a Partitorio. Esta última condición será imprescindible en cualquiera de las zonas del hospital: consultas de Obstetricia, planta, en las que la persona del becario realice su estudio. También, accederá y tratará los datos de salud necesarios de las pacientes que le proporcionen los facultativos del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Asimismo, deberá realizar una presentación formal, ante los profesionales del Servicio de Ginecología y Obstetricia, de los resultados obtenidos en el estudio una vez finalizado la estancia en el hospital.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 del Real Decreto 994/1999 de 11 de junio, debe conocer las funciones y responsabilidades en relación con la confidencialidad y protección de los datos que por su condición de investigador le compete procurar, manipular o custodiar a cuyo efecto firmará el correspondiente escrito informativo.

En el momento en que trabaje en las instalaciones del hospital deberá estar identificado, y en todo momento respetar las reglas de funcionamiento y disciplina del mismo Hospital.

Si considera necesario para el desarrollo de su trabajo almacenar los datos en ordenador personal o en cualquier soporte informático, será responsable de adoptar en el mismo las medidas adecuadas, lo que supone que los datos de salud de las pacientes del estudio tendrá que realizarse en una base de datos anonimizada.

El interesado declara que del presente documento se le hace entrega de una copia, siendo que el original será incorporado al documento relacionado con el proyecto de investigación, con constancia del "recibí/entregado".

Recibí/Entregado usuario
Dña. María Isabel Blázquez Rodríguez
N.I.F.: 92838728-K



- Se prohíbe la instalación de aplicaciones o modificaciones significativas en la configuración del sistema operativo que no hayan sido autorizadas por el responsable del fichero.
- La contraseña es confidencial, en caso de resultar conocida, se informará al responsable del fichero que procederá a cursar la oportuna modificación.
- La primera vez que acceda a la aplicación deberá modificar su contraseña.
- Tendrá obligación de comunicar cualquier incidencia de las que tenga conocimiento. El conocimiento y la no notificación de incidencia se considera como falta contra la seguridad del fichero.
- Si considera necesario para el desarrollo de su trabajo almacenar los datos en ordenador personal o en cualquier soporte informático, será responsable de adoptar en el mismo las medidas adecuadas.
- La salida de soportes fuera de las instalaciones del Hospital deberá ser debidamente autorizada.
- Los soportes reutilizables que hayan contenido datos, antes de su reutilización deberán ser adecuadamente cancelados.
- No está permitido dejar documentación impresa o soportes informáticos que contengan datos del fichero en lugares a los que puedan acceder 3º no autorizado.
- El papel en el que figuren datos del fichero no podrá ser objeto de reutilización, debiendo ser adecuadamente destruido.
- El envío de datos o su distribución habrá de contar con la autorización expresa del responsable del fichero.

El interesado declara que del presente documento se le hace entrega de una copia, siendo que el original será incorporado al documento de seguridad del fichero, con constancia del "recibí/enterado".



Recibí/Enterado usuario
María Isabel Blázquez Rodríguez

Responsable de Seguridad

ANEXO 10. CARTA INFORMATIVA

Modelo de carta informativa sobre la investigación dirigida a las profesionales sanitarias de los responsables de los centros y servicios

Madrid, 2 de noviembre de 2005.

Dra. _____

Jefe del Servicio Obstetricia.

Hospital Noceda. Área Sanitaria 12.

A la atención del personal sanitario el personal sanitario de las consultas de tocoginecología del centro de especialidades_____.

Con el presente escrito se comunica que la Sra. **María Isabel Blázquez Rodríguez, investigadora del Instituto de Salud Carlos III**, esta realizando un estudio en estas consultas. Para ello va a realizar: **OBSERVACIÓN** de la atención sanitaria, pero sin intervenir en el acto clínico y **ENTREVISTAS al personal sanitario, a las usuarias y a sus parejas.**

Este estudio dispone de los permisos correspondientes para su realización. De modo que asistirá a estos servicios durante los meses de noviembre a enero. Para cualquier pregunta o aclaración puede consultar con los responsables de las consultas y con la propia investigadora.

Se agradece darle las facilidades para realizar esta actividad.

Reciban un cordial saludo:

Dra. _____

Jefe del Servicio Obstetricia

ANEXO 11. CARTEL INFORMATIVO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

EN LAS CONSULTAS DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES _____.

Con el presente escrito se comunica que se esta realizando una investigación en nuestro centro, basada en la OBSERVACIÓN y ENTREVISTAS en las consultas de tocoginecología.

Se propondrá por parte de la investigadora, M^a Isabel Blázquez Rodríguez, de la Escuela Nacional de Sanidad, del Instituto de Salud Carlos III; la participación voluntaria, confidencial y no remunerada, tanto del personal sanitario como de las usuarias y sus parejas.

Para lo que se tomarán las precauciones necesarias para asegurar la confidencialidad de las personas participantes. En todo caso, se cumplirá lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Este estudio dispone de los permisos correspondientes para su realización.

Para cualquier pregunta o aclaración puede consultar con los responsables del Servicio y con la propia investigadora.

Esta investigación se plantea a desarrollar entre los meses de noviembre de 2005 a febrero de 2006.

Se agradece darle las facilidades para realizar esta actividad en nuestro servicio.

ANEXO 12. GUÍA DE ASOCIACIÓN EL PARTO ES NUESTRO

“APRENDE A PREGUNTAR A TÚ MÉDICO Y TOMA TÚ LAS DECISIONES”

En el embarazo y parto las embarazadas suelen ser sometidas a gran cantidad de pruebas e intervenciones. Normalmente nos dejamos hacer confiadas en la capacidad del profesional que nos atiende, pero las mujeres tienen mucho que decir. En ocasiones las pruebas que se realizan someten a la mujer a un estrés innecesario, tampoco se ofrece información acerca de los riesgos ni las alternativas de las intervenciones.

Esta es una guía práctica de como preguntar a tu médico cuanto te proponer realizar una prueba diagnóstica (pruebas de glucosa, ecografías, amniocentésis, tactos vaginales, etc) o un tratamiento (reposo, toma de algún medicamento, etc).

Si estás embarazada y acudes a un profesional para una visita rutinaria o acudes a dar a luz y quieren hacer algo más que escuchar el latido de tu bebé de forma externa e intermitente o tomarte la tensión, saca la ficha y pregunta porqué.

Imprimela y llévala en la cartera:

Para pruebas diagnósticas:

1. ¿Qué problema estamos buscando?
2. ¿Qué nos va a decir la prueba? ¿Qué exactitud tienen los resultados?
3. Si la prueba detecta un problema, ¿qué se debe de hacer?
4. Si la prueba no detecta un problema, ¿qué se debe de hacer?

Para la aplicación de tratamientos:

1. ¿Cuál es el problema? ¿Por qué es un problema? ¿Cuál es su gravedad? ¿Cuánta es la urgencia para iniciar el tratamiento?
2. ¿En qué consiste el tratamiento y como se lleva a cabo? ¿Cuál es la probabilidad de que solucione el problema?
3. Si el tratamiento falla, ¿cuál es el siguiente paso?
4. ¿Existen riesgos o efectos secundarios?
5. ¿Existen alternativas, incluyendo esperar o no hacer nada?
6. Repetir las preguntas 2, 3 y 4 sobre cualquier tratamiento alternativo

OCHO PREGUNTAS QUE DEBES HACER. ¿HAS DECIDIDO DONDE VAS A TENER A TU BEBÉ? ¡LA DECISIÓN ES TUYA!

Existen varias formas diferentes de cuidar y atender a la madre y a su bebé durante el trabajo de parto y el nacimiento.

Un grupo de expertos en el parto desarrolló esta lista con 8 puntos que te servirán como guía para buscar y preguntar. Todos estos puntos están apoyados por investigaciones médicas.

Esto puedes solicitar para el nacimiento de tu bebé:

1º ¿Quién me puede acompañar durante el trabajo de parto y el expulsivo?

Los centros de atención al parto que son respetuosos permiten que la madre decida quien quiere que la acompañe durante el nacimiento de su bebé. (padres, pareja, hijos, familiares o amigos)

Se permitirá a la madre tener a una persona que ha recibido un entrenamiento especial para ayudar a las mujeres a enfrentar el trabajo de parto y nacimiento. A esta persona se le conoce como doula. Las doulas nunca dejan a la madre sola, la alientan, la confortan y la ayudan a comprender lo que le está pasando.

2º ¿Qué ocurre durante el trabajo de parto?

Si ofrecen atención respetuosa te informarán de cómo manejan el proceso de parto. Por ejemplo si te administrarán medicamentos para acelerar el parto o si permiten que el parto se desarrolle a su propio ritmo

Te informarán también de que procedimientos están en sus protocolos y son aplicados rutinariamente y de su índice de cesáreas y episiotomías. Si el número es muy alto, quizás consideres tener a tu bebé en otro sitio.

He aquí algunas cifras sobre las cuales te recomendamos solicitar información precisa:

- No deben utilizar oxitocina (una droga sintética) para inducir el trabajo de parto en más de 1 de cada 10 mujeres (10%).
- No deben hacer una episiotomía a más de 1 de cada 5 mujeres (20%) y deben estar procurando bajar esa cifra. (Una episiotomía es un corte que se realiza en la vagina. Esto no es necesario la mayoría de las veces).
- No deben realizar una cesárea a más de 1 de cada 10 mujeres (10%) si se trata de un hospital de atención de bajo riesgo en la comunidad. El índice de cesáreas para un hospital que ofrece atención a madres o bebés de alto riesgo no debe exceder al 15%.

3º ¿Qué concesiones ofrecen a mujeres de diferentes culturas y creencias?

Los centros respetuosos son conscientes de la cultura de la madre. Saben que las madres y sus familias tienen diferentes creencias, valores y costumbres. Por ejemplo, tu puedes tener la costumbre de que sólo mujeres puedan estar contigo durante el nacimiento del bebé.

4º ¿Puedo caminar y moverme libremente durante el trabajo de parto? ¿Qué posición sugieren para el parto?

En ambientes que ofrecen una atención respetuosa, podrás caminar y moverte libremente durante el trabajo de parto, escogiendo las posiciones que te sean más cómodas y que te ayuden a reducir el dolor. Los sitios respetuosos no tumban a la madre boca arriba con las piernas elevadas.

5º ¿Cuáles son los procedimientos que se aplican rutinariamente a una mujer de parto?

La investigación médica nos muestra cuáles son los mejores y los más sanos. Los sitios respetuosos para la madre sólo utilizan métodos que han sido probados científicamente como los mejores. Por ejemplo, la investigación ha demostrado que no es útil romper la bolsa de aguas.

He aquí una lista de puntos sobre los cuales te recomendamos preguntar. En esta lista aparecen cosas que no ayudan y podrían lastimar a una madre sana y a su bebé. No han sido probados como lo mejor para la madre y el bebé. Recuerda que estos procedimientos no deben aplicarse si no existe una razón médica especial.

- No deben llevar una monitorización continua del latido del corazón del bebé con una máquina. En vez de esto, es mejor que la enfermera o matrona escuchen el latido del corazón del bebé de tiempo en tiempo.
- No deben romper prematuramente la bolsa de aguas durante el trabajo de parto.
- No deben usar suero o canalización intravenosa. (Una aguja en la vena para darte líquidos).
- No deben prohibir o restringir el comer y beber durante el trabajo de parto.
- No deben rasurar.
- No deben administrar un enema.

6º Además de medicamentos o drogas ¿Cómo ayudan a las madres a aliviar el dolor durante el trabajo de parto?

Las personas que te atienden deben conocer recursos para manejar el dolor sin utilizar medicamentos, como cambios de posición, relajación en un baño caliente, masajes y la utilización de música. A esto se le conoce como medidas de confort.

7º ¿Qué pasa si mi bebé nace antes de tiempo o tiene problemas especiales?

Los sitios animarán a las madres y a sus familiares a tocar, cargar, amamantar y cuidar a sus bebés tanto como les sea posible. Ellos fomentarán esto aún en el caso en que el bebé naciera prematuramente o presentara un problema médico durante su nacimiento utilizando el método canguro, siempre que no exista un impedimento médico.

Busca un hospital que te asegure que si tu bebé tiene que ser trasladado, tú lo serás con él.

8º ¿Cómo ayudan a las madres que desean amamantar?

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado esta lista para mostrar la forma en que los servicios de nacimiento pueden ayudar en la lactancia.

- Informarán a las mujeres embarazadas cómo y por qué amamantar.
- Te ayudarán a que empieces a amamantar dentro de la primera hora después del nacimiento.
- Te enseñarán cómo amamantar. Te enseñarán cómo mantener tu producción de leche aún cuando necesites apartarte del bebé por razones de trabajo o cualquier otro motivo.
- Los recién nacidos sólo recibirán leche materna
- Te alentarán a que permanezcas junto a tu bebé día y noche.
- No darán chupetes al bebé.
- Te animarán a unirte a un grupo de mujeres que amamantan. Te dirán como contactar a un grupo cercano a ti.
- Tendrán una política por escrito sobre lactancia. Todo el personal conocerá y aplicará las ideas de esta política.
- Enseñarán al personal las habilidades necesarias para llevar al cabo estos pasos.

Artículo adaptado para la realidad española. Artículo completo en <http://www.motherfriendly.org/Downloads/10Qs-spanish.pdf>

ANEXO 13. FOLLETO DE PARTICIPACIÓN DE LOS HOMBRES



Rol del padre en la lactancia

Este documento está dirigido a todos aquellos padres o futuros padres cuyos hijos son o serán amamantados. Y por supuesto también está dirigido a sus parejas.

Prende dar una pincelada sobre el importante papel del padre en la lactancia materna, alejando los antiguos estereotipos que lo sitúan fuera de todo lo relacionado con ella. Muestra el muy importante espacio que debe ocupar el padre junto a la madre y el lactante, en un papel principal y no secundario.

EL ROL DEL PADRE EN LA LACTANCIA

Para que exista la lactancia materna en la especie humana, en principio hacen falta por lo menos dos cosas, una madre dispuesta a ofrecer su "leche" blanca y un bebé.

Bien, lo anterior es el mismo hecho que sabe, pero al intentándolo, puede que surjan dificultades que podría impedir que la lactancia materna siga adelante con éxito, y que no trascienda todo lo bien que será deseable.

Entre dificultades las pueden nacer madre e hijo con apoyo, información y un deseo firme de seguir adelante, pero todo es mucho más fácil y la probabilidad de éxito aumenta cuando existe la figura del "soporte".

Esta figura puede ser desde pasado por un familiar, una amistad o cualquier persona, si lacta es el niño. Pero quien puede ejercer ese papel de una manera decisiva es el padre.

El padre que ejerce como soporte es una figura principal junto con la madre y el hijo/a. Para que un padre sea el soporte les da implicación tanto en aspectos emocionales como dedicando el tiempo necesario que esta situación precisa.

Si contamos con una madre, un hijo y un padre-soporte tenemos lo que se conoce como tríada de la lactancia, que hará que las probabilidades de éxito de la lactancia aumenten considerablemente. Si un padre-soporte y forma un triángulo de la lactancia es algo que los padres no deberían dejar pasar y es una responsabilidad muy enriquecedora y placentera tanto a nivel individual, para todos sus miembros, como a nivel familiar.

¿QUÉ PUEDE HACER EL PADRE-SOPORTE?

Antes de ser acciones concretas y más definidas, es importante señalar que cada caso es diferente, depende de cada bebé / niño, de cada familia y su entorno, etc. no hay dos iguales, unas son más demandantes y otras más relajadas y además también depende del momento, ya que las necesidades son cambiantes, lo del mes pasado ya no vale para hoy. Por eso se ha dicho "puede hacer" en lugar de "tiene que". Lo que se va exponer a continuación es una orientación, y en cada caso, cada familia ha de encontrar su propia forma de hacer las cosas en cada momento. Una vez hecha esta aclaración, a continuación algunas sugerencias prácticas.

Laborer doméstica: Es conveniente descargar a las madres de la mayoría de estas labores. Un ejemplo claro es con un recién nacido, la madre necesita mucho tiempo, ya que la demanda es continua y es necesario que padea mucho tiempo tranquila y en libertad para que la lactancia se establezca satisfactoriamente. En este caso, el padre se puede ocupar de lavar la ropa, de las comidas, de la limpieza doméstica, etc. Para estas tareas si es posible contar con ayuda externa, suele ser muy agradecerla por todos.

Hijos mayores: El padre puede ocuparse de los hijos mayores para dejar tiempo y tranquilidad a la madre para dar el pecho, así se debe olvidar a estos hijos, que siguen necesitando atención y tiempo.

Tareas con respecto al bebé / niño: El padre no está excluido con respecto al cuidado del bebé. En la mayoría de los casos la madre está casi todo el tiempo con el, pero poco a poco se irán haciendo más cosas al padre. En la mayoría de los casos, el padre puede venir desde el principio tareas como:

- El baño.
- Cargar al bebé / niño (en brazos o con ayuda de un porta-bebés como pueden ser bandoleras, mochilas, un torso de tela, etc.) Tanto de noche como de día, hay ocasiones en las que el bebé solo se calma si es sostenido en brazos, debido a que precisan un contacto constante. (ver consejos al respecto en el apartado final)
- Cambios de pañal.

Es muy importante en todo lo anterior respetar el ritmo del bebé / niño, no forzar, si el bebé no acepta al padre en alguna de las tareas anteriores y reclama a la madre, se deben respetar sus necesidades, que la madre haga esas tareas no quita que el padre pueda colaborar; el padre puede hacer otras cosas no relacionadas con el bebé o puede acompañar a la madre realizando estas tareas, así el nuevo hijo se va acostumbrando al padre y poco a poco irá aceptándolo cada vez más.

Apoyo emocional a la madre: Cuando surgen obstáculos, es importante que el padre brinde mucho apoyo a su pareja, le será de gran ayuda. La madre puede enfrentar obstáculos en forma de posiciones para dejar de amamantar, dudas sobre su capacidad para amamantar, agotamiento por noches (o días) de muchas tomas, demanda constante, etc. El apoyo y la comprensión brindada por el padre ha de ser firme y sin frías, esta será de gran ayuda para que juntos superen el problema. Recordemos que un problema en la lactancia es problema de los tres, no solo de la madre.

INFORMACIONES Y ACLARACIONES ÚTILES PARA EL PADRE SOBRE LACTANCIA Y OTROS ASPECTOS

A demanda

La lactancia es a demanda (existe mucha literatura al respecto), y hay momentos en que la demanda puede ser prácticamente continua. En estos momentos, no se trata de que el bebé / niño esté intentando separar al padre de su pareja ni nada por el estilo, simplemente lo necesita (enfermedad, necesidad de aumento de producción de leche, etc.). El papel del padre como soporte es permitir que la madre pueda dar esa atención y dedicación a las necesidades del hijo. Es importante mencionar que estas rachas pueden durar días o semanas, cada caso es diferente.



¿Hasta cuando dura el periodo de lactancia?

Hasta que la madre y el bebé / niño lo deseen. La OMS (Organización Mundial de la Salud) y UNICEF recomiendan lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta más allá de los dos años.

Mi pareja no tiene leche

Los casos reales de este tipo son muy pocos. La mayoría de casos diagnosticados como tales, suelen ser en realidad casos de "posición incorrecta al mamar (lo cual suele provocar grietas en el pezón)", o "bebé que demanda mucho pecho y/o contacto físico", "crisis de lactancia", u "otros problemas o dolencias que causan malestar en el bebé y este se consuela al pecho", entre otros.

Si lo dice el doctor/a....

Hay personal sanitario que por desgracia no dispone de la formación adecuada sobre la lactancia. Buscar profesionales bien informados al respecto para tratar problemas o dudas sobre lactancia, es primordial para asegurar el éxito de la lactancia.

Mi madre, la vecina, otras personas lo hicieron así, y aquí estamos, así está bien

Nuestros países pertenecen a generaciones que crearon a sus hijos con fórmula, la cultura y los conocimientos de la lactancia materna se han perdido y sus consejos, aunque bienintencionados, pueden llegar a perjudicar.

Quiero una solución ya!

El cuerpo humano no es una máquina. En lactancia las cosas por lo general no son inmediatas. Si se precisa, por ejemplo un aumento de producción de leche por parte del bebé, se sufrirá un ciclo de lactancia, el bebé estará molesto unos días y demandando mucho pecho. Esto es así porque tiene hambre, pero eso no es malo y hay que darle su tiempo, en pocos días tanta estimulación, al estar mucho tiempo al pecho provocará un reajuste hormonal en la madre y la producción se adaptará a la nueva demanda, volviendo todo a la normalidad. Si hay un problema no se resuelve por lo general inmediatamente, poniendo remedio llevara tiempo e insistencia. No suele haber soluciones "magicas".

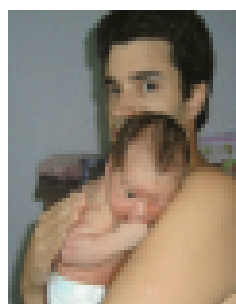
No tengo tiempo para ejercer como apoyo

El gran obstáculo que muchos padres encuentran es el trabajo, si es posible este se debería de minimizar al máximo en el horario de horas extras, etc. (intentando ser lo más eficientes posibles en las horas obligatorias, por ejemplo). Las aficiones, hobbies, etc. pueden esperar y dejarse momentáneamente de lado. Con esto, normalmente, se logra un tiempo nada despreciable que dedicar a nuestra familia. Muchos hombres ven esto como un sacrificio o un castigo, pero no se trata de eso, se trata de una nueva etapa que se abre ante el padre, una etapa diferente que hace que se compartan muchas cosas que les gusta, pero a su vez aparecen muchas otras maravillosas, simplemente es una etapa distinta. A muchos padres esta etapa les ha supuesto un cambio extraordinario y una gran evolución personal.



Grupos de apoyo

Los grupos de apoyo son de vital ayuda, para disfrutar de la lactancia materna con otras personas, para aprender mucho, para cuando hay problemas de electarlos a tiempo, ser posibles complicaciones que necesitan de personal más cualificado y si hay problemas "normales", para ver que no solo les pasa a ellos y es algo que ocurre a menudo (hay pequeñas cosas que se pueden hacer entonces cuando no se conocen las posibles soluciones) y también para devolver a la madre la confianza en sí misma y en su instinto. Normalmente solo asisten las madres, eso no debería de ser así; si los padres pueden ir deberían ir, la lactancia también es cosa de ellos.



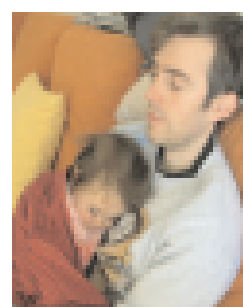
Cargar al bebé con ayuda de un porta bebé - Babywearing

Cargar un bebé / niño durante largos periodos de tiempo, puede ser algo muy fácil y cómodo si aparte de los brazos se utilizan elementos como bandoleras, mochilas, mei-tais, etc. Hay muchos ele-

mentos a disposición para facilitar la labor de cargar y los padres, gracias a su mayor fuerza física, son candidatos ideales para cargar a los bebés / niños, haciendo una labor de apoyo importante y disfrutando enormemente, pues esta actividad les permite un muy estrecho contacto con sus hijos en todos los aspectos.

Colecho (compartir el lecho con el bebé/a y/o niño/a)

Es una opción perfectamente válida, solo hay que respetar normas básicas de seguridad (hay multitud de información al respecto). Ayuda enormemente a que la madre pueda descansar mejor por las noches, possibilitando que las tomas nocturnas sean mucho más fáciles y cómodas. En definitiva, facilita la lactancia. No supone "malicia", ni es perjudicial. Tampoco ha de suponer un ataque a la intimidad de la pareja, los encuentros, por ejemplo, se pueden llevar a cabo en cualquier otro lugar de la casa mientras el bebé/a y/o niño/a duermen.



Un biberón con fórmula no es nada!

Muchas veces podemos ver que por un biberón de fórmula no pasa nada. Un biberón de fórmula puede ser el comienzo del final de una lactancia materna. Pero aparte de poder acabar con la lactancia materna, puede ser causa potencial de problemas. La calidad es muy inferior a la leche materna y el sistema digestivo de un bebé es muy delicado e inmaduro, pudiendo producir en el futuro problemas de tipo alérgico (con un solo biberón puede ser suficiente), estreñimiento, obesidad u otros.

Igualdad de sexos

Esto se ha tratado anteriormente, pero una pequeña explicación o aclaración es conveniente. Igualdad en lactancia no supone hacer las dos lo mismo al 50%. Es evidente que la naturaleza hizo diferentes al hombre y a la mujer, no se puede luchar contra natura. La igualdad no se mide en clase de tareas sino en tiempo. Ejemplo: las noches, las tomas nocturnas están ahí, como el padre él siente "mejor" y sin interrumpir nada (si todo va bien) pues es el lugar para llevarse al bebé/niño y dejar a la madre un rato más en la cama para descansar.

Se trata de ser un equipo y de funcionar como tal (todos los miembros están igualmente implicados).

Intento ser soporte y parte del triángulo de la lactancia, pero mi pareja no lo acepta

Hay casos así, en los que son las propias mujeres las que suman los estereotipos sexistas y machistas y no permiten a su pareja ser parte del triángulo de la lactancia. Quizás deba intentar que lea este folleto y se de cuenta de lo mucho que pierden todos. En la mayoría de estos casos los padres acaban desentendiéndose del proceso lactancia-crianza, con lo cual se abre una gran brecha entre madre-hijo y padre.

Ayudas

Cuanto más demandante sea un lactante más útiles pueden ser. Por ejemplo, si es posible contactar o contar con ayuda para las tareas domésticas, puede ser muy útil y una gran intención, ya que permitirán al padre y a la madre volcarse al bebé/viño.

Vacaciones

Es importante que el padre reserve vacaciones (juntas como pueda) para cuando nazca su hijo, así con toda seguridad serán momentos muy demandantes por parte del bebé y todo el soporte del padre será necesario. Otra ventaja es que este periodo serviría para que los tres se adapten a la nueva situación más rápidamente.



Para más información visita:

- www.lli.org
- www.lactancia.org.ar
- www.caybebe.org
- www.elochico.es
- www.lerma.es/paricoe/1/area12comu/1area12m
- www.aldelalactancia.es/area12m
- www.derechodelnieto.com



LA LECHE LEAGUE
INTERNATIONAL

La Liga de la Leche Internacional

La Liga de la Leche es una organización no gubernamental que promueve y apoya la lactancia materna con un fin de ordenar que exista la máxima libertad que tiene como resultado grandes beneficios para la salud física y emocional de la familia. Es una organización de carácter pacifista, no religioso.



WABA

La Alianza Mundial Por la Lactancia Materna, WABA (siglas en inglés: The World Alliance for Breastfeeding Action) es una alianza mundial de personas, madres y organizaciones que promueven, y apoyan la Lactancia Materna y se basan en la "Declaración Internacional" y la Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y el niño pequeño (OMS/UNICEF)

Este documento fue producido en el año 2007, con fondos proporcionados por WABA, a través de una subvención de la Iniciativa Global de Apoyo al Padre (ICAP)

Colaboradores: Alberto Criado, Arlene Arriaga, Arlene Arriaga, Carlos Villar, Luis Arriaga, Arlene Arriaga y Leonel Itallino

Revisión del texto: Mariana Torres

Coordinadora del Proyecto: María del Mar Maza

Coordinadora Gráfica: Patricia Cager

Patrocinador de Alberto Criado, Arlene Arriaga y Leonel Itallino.

Conferencia Internacional de la Liga de la Leche



50 años celebrando el poder de la lactancia.

Chicago, Illinois USA
del 30 al 23 de julio de 2007

La conferencia de la Liga de la Leche es un evento educativo y enriquecedor para líderes, miembros de la Liga de la Leche y profesionales de la salud. Expertos en temas de lactancia y crianza de todo el mundo se reúnen en esta increíble evento!

Español es la Conferencia de otra ocasión y además en español en el Salud Latino. Además, las sesiones generales como también otras sesiones tendrán interpretación simultánea!

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
IDEOLOGIAS Y PRÁCTICAS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:
EL CASO DEL AREA 12 DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Maria Isabel Blázquez Rodríguez
ISBN:978-84-692-5930-6/DL:T-1669-2009